



# ToscanaMedica

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



**Chi cura i curanti?**  
Un convegno dell'Ordine di Firenze

**L'organizzazione sanitaria  
secondo percorsi d'eccellenza**  
F. Filippini

**Cambiare la sanità  
per tutelare la salute**  
L. Marroni

**L'ospedale e il paziente "fragile"**  
M. Geddes da Filicaia, A. Lagi

**N° 10 NOVEMBRE/DICEMBRE 2012**

Mensile - Anno XXX - n. 10 Nov./Dic. 2012 - Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - DCB Firenze - Contiene I.P. - Prezzo € 0,52 - Aut. Trib. Fi. n. 3.138 del 26/05/1983

# Adenuric<sup>®</sup>

(febuxostat)



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



Certificato Nr  
50 100 4785

**LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA**

■ Come eravamo. Gli Anni Trenta a Palazzo Strozzi  
*F. Napoli* **4**

**EDITORIALE**

■ Medico o guaritore? Dallo spulciamento sociale alla Precision Medicine  
*A. Panti* **5**

**INTERVISTA**

■ Cambiare la sanità per tutelare la salute  
*L. Marroni* **6**

**QUALITÀ E PROFESSIONE**

■ L'ospedale e il paziente "fragile"  
*M. Geddes da Filicaia e coll.* **8**

■ *Overcrowding & Boarding*  
*L. Tonelli e coll.* **10**

■ La valutazione di qualità delle cartelle cliniche nelle Aziende Sanitarie  
*G. Terranova e coll.* **13**

■ The evolving primary care physician  
*E.S. Giustini* **16**

■ Dalla parte dei bambini  
*S. Beccastrini* **18**

■ La famiglia del paziente oncologico  
*D. Nocentini* **19**

■ Il cuore in pena  
*F. Ceraudo* **20**

■ Stratificare i pazienti per livelli di intensità di cura  
*J. Polimeni e coll.* **22**

**CONVEGNO "CHI CURA I CURANTI?"**

■ Consapevoli del limite  
*B. Rimoldi* **24**

■ Il sogno del dottore  
*G. Brandi* **26**

■ Chi cura i curanti?  
*G. Berni, A. Panti* **27**

**CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI** **23**  
**LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI** **28/39**

**REGIONE TOSCANA**

■ Un passo avanti per prevenire il cancro  
*A. Panti* **29**

■ Domande e risposte sul Papilloma Virus e il vaccino HPV **30**

■ Non solo RSA  
*B. Trambusti* **33**

■ Consiglio Sanitario Regionale **35**

**RICERCA E CLINICA**

■ L'organizzazione sanitaria secondo percorsi d'eccellenza  
*F. Filippini* **37**

■ La colonografia TC ed il suo impiego nello screening del carcinoma coloretale  
*G. Grazzini e coll.* **40**

■ L'attività del Servizio di Diagnosi Precoce del Melanoma dell'ISPO  
*P. Nardini e coll.* **42**

■ L'uso della gastrostomia endoscopica percutanea in nutrizione clinica  
*S. Giallongo e coll.* **44**

■ Sperimentazioni cliniche di Fase I a Pisa  
*G. Gori e coll.* **50**

■ Il paziente iperteso: farmaci o intervento educativo?  
*A. Leone e coll.* **52**

**SANITÀ NEL MONDO**

■ Sistema sanitario brasiliano - II parte  
*G. Maciocco* **54**

**FRAMMENTI DI STORIA**

■ Ettore Zannellini, medico a Piombino  
*F. Carnevale* **55**

■ Il caso di Riccardo III  
*A. Skrziepierz* **57**

**VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani** **60**

**NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi** **60**

**BACHECA** **21**



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

Fondato da  
**Giovanni Turziani**

Anno XXX n. 10 - Nov. Dic. 2012  
Poste Italiane s.p.a.  
Spedizione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta  
*Felice Carena (Cumiana 1879 - Venezia 1966)*  
*Estate (L'amaca), 1933.*

Prezzo € 0,52  
Abbonamento per il 2012 € 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

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

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



## Come eravamo. Gli Anni Trenta a Palazzo Strozzi

**N**ell'alternanza delle mostre proposte dalla Fondazione Palazzo Strozzi (arte di ieri/arte di oggi) l'attuale esposizione affronta un'at-

tenta, anche se non completa riflessione sul Novecento, dal titolo *Anni '30. Arti in Italia oltre il Fascismo*. "L'arte italiana è brutta mercanzia di importazione" sosteneva Giuseppe Belluzzo, ministro della Pubblica Istruzione nel 1925: di questa influenza internazionale in mostra ne danno testimonianza gli echi europei e impressionisti dei componenti il gruppo de *I sei di Torino* (opere di Menzio, Chessa e Paulucci) influenzato dalle ricerche di Lionello Venturi sul movimento francese fine Ottocento; come pure lo testimoniano le radici espressioniste dei componenti la *Scuola Romana* (in mostra, Mafai e Scipione).

Negli Anni '30 ciò che piace alla cultura ufficiale è ritrovare nell'arte visiva radici nazionali, legate alla storia italiana; così viene apprezzato l'arcaismo nella scultura *Cena in Emmaus* di Fausto Melotti, gli echi tizianeschi e classicheggianti in Achille Funi, la ricerca formale di Arturo Martini, la monumentalità di Mario Sironi. Si predilige, dunque, un'arte serena, comunicativa perché comprensibile, anche celebrativa, sostenuta da uno spirito nazionalistico.

Ma parallelamente a questa posizione sempre più ufficiale e rintracciabile nel cosiddetto *Gruppo del Novecento*, generica compagine artistica senza alcun specifico indirizzo che non sia quello di attinenza ad un'immagine chiara, composta, conforme ad un'Italia rassicurante (su questo aspetto, in parte, si soffermano le opere di design e di arti applicate esposte in mostra), parallelamente nel Paese si sviluppano anche altri movimenti, indipendenti, magari sgraditi, relegati ai margini e tollerati fino all'inizio degli Anni '40.

In altre parole, la duplice anima iniziale del Fascismo divisa fra aperture sociali e atteggiamento autoritario, in tutto l'arco del ventennio perdura, nonostante un sempre più deciso rivolgersi al secondo aspetto: quindi, da un lato l'accademico Felice Carena, dall'altro gli spunti metafisici di Carlo Carrà e di Giorgio Morandi, oppure l'avventura astratta dei lombardi Rho, Radice, Reggiani, Licini divisa fra l'ambiente di Como (architetto Terragni) e la galleria *Il Milione* di Milano.

La contraddizione si evidenzia nella cultura tedesca di fronte ad espressioni di *arte degenerata* (in mostra opere di Grosz e Dix) denunciata nel 1937, a tutto favore della espressione artistica correttamente ariana di Ziegler.

Al contrario, in Italia perdura ancora questo parziale dualismo di apertura/chiusura nella sopravvivenza fino al 1941-42 di due premi nazionali dedicati alle arti visive come il *Premio Cremona* e il *Premio Bergamo*: il primo in mano a Farinacci, Federale della città, il secondo dominato da Bottai ministro dell'Educazione Nazionale, schierati su posizioni avverse, l'uno di propaganda nazionalista, l'altro premiante la qualità e la novità.

Chiudono la mostra due sale dedicate all'arte a Firenze (riferimento sempre presente nelle mostre di Palazzo Strozzi) dove compaiono Rosai, Soffici, Colacicchi, Maraini, Peyron, Andreotti, Bacci, ma anche Thayaht, Magnelli, Viani.

L'ultima immagine è emblematica, lo spaurito *David* di Manzù datato 1938, che con la sua drammaticità già avverte i nuovi eventi e che è lontanissimo dalla prima monumentale scultura in mostra che accoglie il visitatore, realizzata neanche dieci anni prima da Adolfo Wildt e che ritrae l'eroe dell'aria Arturo Ferrarin.

### Anni '30.

#### *Arti in Italia oltre il fascismo*

Palazzo Strozzi. Fino al 27 gennaio 2013



Antonio Donghi (Roma 1897 - Roma 1963)  
*Donna al caffè, 1931.*



# Medico o guaritore? Dallo spulciamento sociale alla Precision Medicine

ANTONIO PANTI

**Q**uando si è o ci si crede malati, il bisogno di cercare conforto in un esperto nei misteri del male, capace di infondere speranza, è antico quanto l'uomo. Recenti studi di etnologia e di neuroscienze fanno risalire questo sentimento ai primati non umani. La medicina darwiniana ha sperimentalmente dimostrato l'attivazione delle stesse aree corticali nello spulciamento sociale dei primati e nell'incontro col guaritore (il medico) negli uomini d'oggi. Speranza, riconoscimento da parte del medico, atto terapeutico quale ricompensa (Balint aveva ragione!): tutto ciò ha una sicura base biologica evolutiva.

Ma la medicina moderna è molto di più. Nell'incredibile sviluppo della scienza, da Galileo in poi, il "guaritore" conosce bene i misteri del male e li affronta razionalmente, forte di tecnologie sofisticate e efficaci. Il medico oggi guarisce molti mali o li stabilizza nella cronicità; qualche intervento chirurgico avrebbe trovato spazio nei libri di fantascienza solo pochi decenni or sono. La medicina, i suoi successi, perfino i suoi eccessi, si collocano nell'universo della precisione e si fondano su evidenze scientificamente provate.

Tuttavia, nell'epoca dell'incremento esponenziale della domanda di medicina, delle risposte sempre più efficaci, dei trionfi della scienza, della medicina personalizzata – la *Precision Medicine* – si manifesta come un solco tra medici e pazienti, spira un'aria di recriminazione di un passato più attento al rapporto umano; si delinea quasi un'aggressività sociale nella certezza di guarire e, poi, di essere risarcito (gli esperti di diritto sono più "bravi" dei medici).

Ma torniamo alle neuroscienze. Il rapporto tra medico e paziente è un meccanismo primordiale di difesa quando si manifesta un "sentimento di malattia", nello stesso tempo, un modello sociale di comportamento che mostra l'altruismo genetico dell'uomo, che non è soltanto un egocentrico utilitarista. Il paziente e il terapeuta formano un'unità in cui lo sciamano-guaritore differisce dal medico moderno solo – e non è poco! – per l'efficacia delle cure. Ma, dal punto di vista della speranza di guarire o della compliance, quest'unità medico paziente funziona a prescindere dalla reale disponibilità di

trattamenti efficaci. Questi rinforzano la fiducia in terapeuta ma la cura ha, secondo le più recenti ricerche neurologiche, sia una componente "naturale", il sistema speranza-ricompensa che attiva precisi meccanismi neuronali, che una "artificiale", che non è altro che la medicina moderna.

La relazione è quindi un meccanismo sociale evolutivo che ha di per sé effetti benefici sulla salute del paziente. Azzardiamo che, in analogia con i servizi medici "esogeni" della sanità moderna, esista una sorta di "sistema sanitario endogeno", che trasforma l'aspettativa di guarigione in effetto placebo e che utilizza le componenti altruistiche del terapeuta e il *coping* del paziente in un percorso di salute naturalmente "povero". Un meccanismo che si fonda sull'autorevolezza e umanità del medico.

Questi meccanismi di aspettativa, di speranza e di placebo, sono attivati dal contatto col medico in cui si ha fiducia. Sono meccanismi fisiologici, biologicamente dimostrabili. Un'interazione sociale con evidenti implicazioni sulla pratica medica. La scienza dimostra quel che abbiamo sempre saputo e cioè che le abilità tecniche e le conoscenze scientifiche del medico non bastano se non vi è anche una consapevole empatia. I medici non debbono svilire il ruolo di "guaritore". Questo rappresenta la sostanza della professione che, oggi, per fortuna, dispone di possibilità concrete di guarigione.

E chi può incarnare questa funzione di "guaritore", per ridefinire modernamente il rapporto tra medicina e società, tra medico e paziente, se non il medico di famiglia, la cui essenzialità sta nella capacità empatica di "legare" la speranza del paziente con l'offerta delle sofisticate tecnologie della medicina contemporanea? Al medico generale non si chiede, come dice Cavicchi, un supplemento d'anima, ma di essere un "buon medico" nella misura in cui è un "medico buono". Fare della guarigione una scienza, all'interno della concezione biopsico-sociale della medicina, una costante antropologica, un recupero di antichi strumenti terapeutici che già avevano empiricamente individuato quale costante biologica dell'uomo rappresenta ancora oggi la natura della medicina generale. **TM**



Luigi Marroni, è nato l'11 agosto del 1957 a Castelnuovo Berardenga, nel Chianti Senese. Si è laureato con lode in ingegneria meccanica all'Università La Sapienza di Roma. Ha lavorato molti anni con CNH Global, azienda del gruppo Fiat, tra i leader mondiali del settore macchine agricole e da costruzione. Nel febbraio 2004 è stato chiamato a dirigere l'Azienda Sanitaria di Firenze, esperienza che si è conclusa il 29 maggio 2012, quando è stato nominato Assessore al diritto alla Salute.



# Cambiare la sanità per tutelare la salute

*Pubblichiamo con piacere un intervento dell'Assessore al Diritto alla Salute, Ing. Luigi Marroni, che delinea la politica che la Regione Toscana vuol perseguire per garantire ai cittadini un'assistenza sempre più moderna e rispondente ai bisogni pur nella ristrettezza economica che affligge il nostro Paese. È un'indicazione importante sulla quale riflettere e intervenire per contribuire alla discussione.*

**I**l diritto alla tutela della salute oggi è minacciato non solo dai pesanti problemi finanziari, ma anche da modelli sanitari, che finora hanno garantito questa tutela e che si stanno dimostrando inadeguati rispetto ai progressi della medicina e alle trasformazioni sociali. Il sistema delle cure mostra non pochi limiti organizzativi, economici e culturali e i costi che ne derivano, all'inizio solo finanziari ma progressivamente anche sociali, divengono significativi.

La Toscana possiede un sistema sanitario avanzato. Tuttavia gli attuali modelli di erogazione dei servizi, seppur razionalizzati e riorganizzati, sono basati su una cultura sostanzialmente invariata. Se i modelli non si adeguano ai profondi e rapidi cambiamenti socioculturali si ha un problema di *regressività* che, più ancora della crescita della spesa, è causa di *antieconomicità*. In questa drammatica congiuntura finanziaria ciò potrebbe costituire un ostacolo ulteriore, non solo a garantire un'adeguata assistenza sanitaria ai cittadini ma anche al progresso civile e sociale del Paese e della Toscana.

Oggi sussiste un conflitto tra diritti e risorse che, se gestito come una mera variabile delle politiche di bilancio, rischia d'esplosione proprio mentre la tutela del diritto alla salute sembra perdere la connotazione di fattore di crescita della ricchezza collettiva. Fino ad oggi ci si è limitati a contenere la spesa sanitaria, inseguendo obiettivi di buona gestione, di razionalizzazione, di compatibilità e di standardizzazione, su cui la Toscana ha operato con coerenza e rigore. Ormai è evidente la necessità di un rinnovamento riformatore.

Appare necessario combinare due ordini di cambiamenti:

- quelli che riguardano alcune strategiche *questioni sanitarie* (meccanismo di finanziamento, governance del sistema sanitario, modello di azienda e di programmazione, produzione di salute come risorsa naturale, responsabilizzazione del

cittadino, ecc.);

- quelli che riguardano alcune nevralgiche questioni della *conoscenza e della pratica medica, e sanitaria*, (apparati concettuali, modelli di conoscenza, contenuti professionali, prassi operative, metodiche di intervento, criteri per fare, per giudicare e per decidere ecc.).

La sanità toscana deve far fronte a una riduzione consistente di risorse mentre aumenta il bisogno socio-sanitario. La sfida è incrementare il "valore" prodotto con le risorse di cui disporremo. Questa sfida si fonda su due concetti chiave:

- *qualità*, cioè la risposta appropriata e pertinente al bisogno di salute, erogata con professionalità nei luoghi e con le modalità in grado di garantirla al meglio;

- *equità*: cioè la possibilità per tutti i cittadini di ricevere "buone cure" con buoni risultati, indipendentemente dalla loro condizione economica e sociale.

Per vincere la sfida, e trovare la necessaria mediazione tra diritti e risorse, dobbiamo ricercare la *pertinenza* (adeguatezza ai tempi dei modelli) oltre all'*appropriatezza* (rapporto costo/efficacia delle prestazioni), perché quando i modelli di tutela sono adeguati, pertinenti e coerenti nei confronti dei cittadini, lo sono anche nei confronti dell'economia. Ciò significa nuovi modi di essere, nuovi comportamenti professionali, nuove culture della salute e della cura, nuovi approcci operativi.

Senza un pensiero di cambiamento sarebbe difficile costruire accettabili condizioni di equilibrio tra diritti e risorse, medicina e sanità, modelli e organizzazioni, domanda e offerta, conoscenze e prassi.

Senza un pensiero di cambiamento il diritto alla salute non ha futuro.

La Delibera 754 del 10 agosto 2012 "Azioni di indirizzo alle Aziende ed agli altri Enti del SSR attuative del DL 95/2012 ed azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale" nasce da questo pensiero e promuove azioni coerenti, con la

LUIGI MARRONI

Assessore al Diritto alla salute, Regione Toscana

consapevolezza della necessità di interventi strutturali in tempi brevi e certi per la salvaguardia del nostro sistema, ma attenta a non comprometterne le prospettive di lungo periodo.

L'impegno è quello di conseguire:

- una coerenza strutturata tra tutti gli interventi di cambiamento;
- un pensiero che indirizzi verso azioni di sistema e non soltanto aziendali;
- un lavoro che attui cambiamenti strutturali delle filiere logistiche e di supporto di elevato valore (le centrali 118, i laboratori, le officine del sangue, l'acquisizione di farmaci, dispositivi medici ed altri beni e servizi);
- un'azione determinata di governo sulle aree di inefficienza;
- un sistema che garantisca nel modo migliore a tutti i cittadini l'eguale accesso ai servizi;
- un sistema di comunicazione e di gestione delle informazioni unico, unitario e condiviso.

Per riuscirci, chi cura, chi organizza e chi amministra, deve pensare e lavorare insieme perché condivide alcune premesse. I paradigmi della medicina stanno mutando a velocità crescente. Nel prossimo futuro lo stato dell'economia e la domanda sociale influenzeranno ancor più di quanto sia accaduto finora la medicina, i cui confini non saranno determinati soltanto dalle innovazioni scientifiche e tecnologiche. La medicina dovrà sempre più considerare i limiti economici e mediarli con i progressi della scienza e delle tecnologie.

Anche le professioni sanitarie, primi fra tutti gli infermieri, dovranno sviluppare pensieri,

prassi e ambiti d'intervento incisivi e originali. Se i medici e gli altri professionisti sanitari adotteranno una idonea prassi della comunicazione, i vantaggi saranno enormi in termini di produzione di salute e cresceranno equità, dignità, partecipazione, e conoscenza delle strategie terapeutiche mirate. Cresceranno reputazione e legittimazione sociale del sistema sanitario. Si svilupperà quel processo di consapevolezza dei cittadini che è fatto di conoscenza, co-decisione con i curanti, espansione dei diritti, ma anche assunzione di responsabilità. Tutto ciò non solo non costa, ma produrrà risparmio.

Infine, per affrontare la complessità delle sfide e vincerle, è tempo di adottare un *principio universale*: in sanità tutte le forme di retribuzione, di finanziamento, di assegnazione, di allocazione delle risorse, devono essere commisurate a risultati ragionevoli e documentabili. Conoscere il valore degli interventi, valutarne gli effetti sulla salute e l'impatto sui diritti dei cittadini è un dovere, farlo bene un obbligo.

In conclusione la Giunta regionale si propone di individuare le aree di intervento e gli obiettivi specifici, con la consapevolezza che la possibile evoluzione degli scenari e l'interazione con i portatori di interesse rispetto a ciascuno di essi potranno modificare quanto ipotizzato. Quindi vi è un forte impegno della Giunta a garantire i diritti di informazione, consultazione, concertazione e contrattazione sindacale previsti dalle norme vigenti, dai contratti collettivi nazionali e dagli accordi decentrati su tutti gli atti di natura programmatica, regolamentare e organizzativa. **TM**

## ORDINE DI FIRENZE

### E-mail:

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

### Orario di apertura al pubblico:

MATTINA: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 12,30  
 POMERIGGIO: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 18,45

### Rilascio certificati di iscrizione:

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

### Tassa annuale di iscrizione:

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

### Cambio di indirizzo:

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

### Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

### Consulenze e informazioni:

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

### Newsletter:

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](http://www.ordine-medici-firenze.it)**



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



## L'ospedale e il paziente "fragile"

### Un concetto in divenire: contributo alla riflessione

*«It is more important to know what sort of patient has a disease than to know what sort of disease a patient has»*  
(William Osler, Remark on specialism, 1892)

**M**olte persone che fanno ricorso all'ospedale sono anziane, in particolare nella realtà fiorentina. In ogni ospedale viene

e mancanza di risorse materiali. La esclusione sociale si lega strettamente alla povertà, ma sottende anche l'esclusione da benefici e servizi cui normalmente le persone e le famiglie hanno accesso; dà quindi rilievo e valore alla rete di relazioni che la persona sviluppa intorno a sé. La vulnerabilità sociale è propria di quei

inoltre accolta una popolazione particolare, specifica del proprio bacino di utenza; a Santa Maria Nuova si aggiunge pertanto, alla popolazione residente nel centro storico di Firenze, una quota di utenza che per esigenze proprie o per occasionalità fa capo a tale Presidio: turisti, immigrati, soggetti che esprimono problematiche sociali accentuate, anche con fenomeni di "marginalità" propri di un contesto urbano e di una situazione di impoverimento e riduzione delle reti di protezione sociale.

Ci sembra pertanto importante avviare una riflessione per mettere a fuoco problematiche diversificate e personalizzate nell'ambito dei percorsi ospedalieri e della relazione fra l'ospedale e il territorio.

Il termine "fragile" assume molteplici significati, sia nella lingua italiana sia nei percorsi sociali e assistenziali. Fragile deriva dal latino "fragilis", da frangere e significa delicato, debole, friabile, frangibile; il contrario di robusto, durevole, resistente.

Il dizionario indica come primo significato: *facile a rompersi, e porta due esempi: il vetro è un materiale fragile; l'ossatura delle persone anziane è molto fragile.*

Vi è una fragilità sociale e una fragilità biologica; nell'ambito assistenziale entrambe concorrono, spesso in misura sinergica, a definire le problematiche della persona che si rivolge all'ospedale.

La **fragilità sociale** trova il suo ambito nella povertà, ma non coincide con tale concetto. La povertà fa riferimento a una condizione di privazione economica

MARCO GEDDES DA FILICAIA\*, ALFONSO LAGI\*\*

\* Medico, Firenze

\*\* Direttore S.C. medicina d'urgenza, Ospedale di S. Maria Nuova, Azienda sanitaria di Firenze

sogetti che, anche in seguito a problematiche sanitarie, sono a rischio di intraprendere un percorso di impoverimento che può avvenire transitando nel corso della vita dall'area

dell'integrazione all'area della disaffiliazione.

La **fragilità biologica** fa riferimento ad altri parametri ed è necessario pertanto distinguerla concettualmente dalla fragilità sociale.

Sulla definizione di paziente fragile vi è un'ampia letteratura proveniente, in larga parte, dall'ambito geriatrico, dato che la fragilità si associa fortemente con l'invecchiamento.

Nel percorso ospedaliero la individuazione della fragilità non è finalizzata prioritariamente a pianificare una assistenza nella fase "cronica", tematica da affrontare eventualmente in fase di dimissione, relazionandosi con i servizi territoriali, ma per *"aiutare il clinico a identificare i pazienti fragili e conseguentemente stratificarli per i diversi livelli di rischio prima di un trattamento oncologico, di una angiografia coronarica o di un intervento chirurgico"*<sup>1</sup>.

Il medico deve pertanto distinguere fra fragilità e complessità clinica, trattandosi di due concetti non coincidenti. La complessità clinica è maggiormente connessa alla specifica patologia, alle caratteristiche che assume nel singolo soggetto in particolare in riferimento alle comorbidità. La *fragilità*<sup>2</sup> è una sindrome fisiologica caratterizzata da ridotta riserva

1 Sternberg SA et al. The identification of frailty: a systematic literature review J Am Geriatr Soc 59:2129-38, 2011.

2 Società italiana di Gerontologia e Geriatria. Forum sulla fragilità dell'anziano. G. Gerontol 2006; 54:260-270.

3 Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G., Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implication for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004, 59:255-63.

funzionale e resistenza agli stress, provocata da un declino cumulativo di più sistemi fisiologici<sup>3</sup>, perdita di omeostasi e conseguente instabilità clinica e tendenza a manifestazioni peggiorative di salute.

In questa riflessione indichiamo il termine “fragile” fra virgolette, perché esaminiamo la fragilità in uno specifico contesto, che è quello del ricovero ospedaliero in un Presidio per acuti; ricovero che avviene quindi prevalentemente in urgenza tramite il pronto soccorso.

Il termine “fragile”, mutuato dalla geriatria, non si adatta, poiché in ospedale, e in particolare al Pronto Soccorso, si lavora in un *setting* differente da quello dove è nato il concetto; si opera quindi in un ambiente dove i tempi di valutazione devono essere rapidi. Il termine vulnerabile appare pertanto più adatto ed è necessario mettere a punto uno score specifico adeguato.

Il primo obiettivo di chi lavora nell'emergenza è quello di individuare questi soggetti e monitorarli durante il ricovero, elaborando anche uno *score*, da testare e monitorare al fine di definire il paziente “vulnerabile”.

Possiamo così proporre il concetto che in ospedale il soggetto fragile diventa vulnerabile; intendiamo infine sottolineare la necessità di riflettere su quali percorsi e quali interventi effettuare nel corso del ricovero, al fine di non “vulnerare” i pazienti.

Il termine *vulnerabile* deriva dal latino “*vulnus*” (ferita), e significa quindi feribile, danneggiabile, indifeso. È evidente che un soggetto fragile è vulnerabile, ma anche un soggetto “forte” può essere vulnerabile, come appare evidente dall'esempio che fornisce il Dizionario: *Achille era vulnerabile solo nel tallone*.

Con ciò vogliamo richiamare l'attenzione sul fatto che un paziente non anziano, che non è definibile fragile, può essere vulnerabile dalle prestazioni ospedaliere; la comparsa di *delirium* acuto in un paziente con deficit cognitivi subclinici; un farmaco in un paziente con allergie; una diagnosi invasiva in un paziente in trattamento con anticoagulanti; un ricovero di paziente immunodepresso; una poliprescrizione farmacologica in un paziente con insufficienza d'organo etc.

I quesiti che ci poniamo sono pertanto molteplici e possiamo schematizzarli come segue:

1. L'ospedale “vulnera”, o, in altri termini, il ricovero compromette funzionalmente lo stato generale del paziente?
2. Chi è a rischio di essere compromesso?
3. Quali sono i fattori di rischio propri dell'ospedale?
4. Siamo in grado di evidenziare, nel percorso ospedaliero e in particolare nell'ambito del pronto soccorso, i soggetti a rischio?
5. Possiamo pensare a specifiche alternative, anche grazie all'innovazione tecnologica, in base a una valutazione personalizzata di rischi/benefici?
6. Da occasione di rischio per un paziente fragile il ricovero non dovrebbe trasformarsi in opportunità per una valutazione della fragilità?

Proviamo a fornire alcuni elementi che possono concorrere a rispondere a questi quesiti.

Il medico deve porsi l'obiettivo non di curare la singola patologia e la ragione del ricorso all'ospedale, ma anche prevenire il passaggio da una classe di fragilità a quella più elevata e anzi operare per l'avvio di un percorso in senso inverso.

Il primo passo è quello di riconoscere il paziente “fragile” e quello “vulnerabile”. La ricerca ha messo a punto molteplici marcatori, in particolare della struttura e della forza muscolare, che hanno grande interesse scientifico e una finalità anche epidemiologica, ma improponibili nella realtà clinica, in particolare della fase acuta. I parametri di identificazione sul singolo soggetto<sup>4</sup> su cui vi è un ampio consenso sono i seguenti: perdita di peso; affaticamento in almeno 3 giorni la settimana; riduzione della forza muscolare; ridotta attività fisica; riduzione della velocità del cammino; stato cognitivo del soggetto. Quello che caratterizza tali parametri è che la possibilità di evidenziarli, in particolare nell'ambito di un episodio di ricovero, è affidata ad una capacità di ascolto – del paziente e dei familiari ove presenti – e di osservazione del paziente stesso.

Si tratta quindi di riproporre il concetto di “fragilità” adattandolo a quel paziente che durante il proprio e inevitabile percorso ospedaliero è a maggior rischio, rispetto al resto della popolazione, di subire nuovi eventi morbosi. Si arriva così a ridefinire il concetto di fragile in un *setting* assistenziale specifico, così che alla fine abbiamo bisogno di un nuovo termine che potrebbe essere quello di paziente vulnerabile.

Il passo successivo appare quello di dedicarsi a questa tipologia di pazienti con interventi mirati e percorsi differenziati e protetti con l'obiettivo di ridurre l'incidenza di eventi morbosi indipendenti rispetto alla malattia principale.

Un ambiente ospedaliero, in cui sia stata sviluppata la capacità di ascolto, la cultura della narrazione e del dialogo, la capacità di osservazione, ha la potenzialità di identificare il soggetto vulnerabile e di predisporre un percorso appropriato. Utilissima sarebbe la collaborazione del medico di base, ma ipotizzabile solo in ricoveri programmati, che sono la minoranza, e per pazienti residenti.

Un soggetto fragile, in occasione di un ricovero ospedaliero, potrebbe trovare l'opportunità della messa a punto di una serie di strategie volte a contenere o far regredire, seppure parzialmente, lo stato di fragilità; strategie che si attuano e si sviluppano nell'ambito della successiva assistenza extra ospedaliera.

Queste strategie sono possibili se nel corso di ricovero si abbia la capacità di individuare le problematiche complessive della persona ricoverata, attraverso l'ascolto e l'osservazione, rapportandosi con i familiari e i servizi territoriali, trasformando il ricovero da momento di rischio a occasione di opportunità per invertire o rallentare il percorso verso l'accentuazione della fragilità.

Per fare questo il medico deve interrogarsi non tanto su quale tipo di malattia abbia quel paziente, ma che tipo di paziente ha quella determinata patologia. **TM**

4 Fried LP, Tangen CM et al. Frailty in older adults. Evidence for a phenotype. J Gerontol 2001; 56:M146-M147.



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

# Overcrowding & Boarding

I servizi di Emergenza e Urgenza sono costantemente gravati da iperaffollamento (*overcrowding*) e lunga attesa per il ricovero (*boarding*). Le conseguenze vanno dall'insoddisfazione dei pazienti, ai frequenti abbandoni, allo stress degli operatori, all'uso inefficiente delle risorse, all'incremento di complicanze evitabili, all'eccesso di mortalità.

Una revisione della letteratura in merito alle cause, alle conseguenze ed alle soluzioni attuate ha rilevato:

1. tra le cause, le visite non urgenti, i *frequent flyers*, le malattie stagionali, lo staff insufficiente, la carenza di posti letto di ricovero;
2. tra le conseguenze, l'eccesso di mortalità, il ritardo nell'assistenza, i trasferimenti da un ospedale all'altro, i costi elevati;
3. tra le soluzioni, l'incremento di personale, l'incremento di operatività delle Unità di ricovero per osservazione, lo spostamento ad altra struttura delle prestazioni non urgenti e modifiche organizzative di vario tipo.

Premesso che il problema dell'iperaffollamento appare a tutt'oggi lontano dall'essere risolto e che anche lo spostamento della casistica meno urgente al settore delle Cure Primarie, da più parti sperimentato, ha già dimostrato scarsa efficacia, si desidera qui fermare l'attenzione su soluzioni recentemente proposte dalla letteratura.

## I. "Overcrowding". L'analisi del Swedish Council

Nel 2010 l'organizzazione nazionale svedese "Swedish Council on Health Technology Assessment" ha prodotto un'analisi delle modalità organizzative messe in atto negli ospedali svedesi per accelerare il flusso dei pazienti all'interno delle strutture di Emergenza Urgenza: il *fast track*, il *team triage*, lo *spot-check streaming* e la sostituzione di medici con infermieri:

- per quanto riguarda il *fast track*, ovvero l'attivazione di un percorso rapido per malat-

tie e traumatismi minori verso gli ambulatori dell'ospedale, riferibile al modello manageriale *lean Toyota*, adottato da molti ospedali della Svezia, la letteratura ne documenta l'efficacia per la riduzione dei tempi di attesa e di trattamento con

una minore frequenza di abbandoni;

- analoga, sebbene sostenuta da meno prove, sembra essere l'efficacia sia del *team triage* (preferibilmente medico e infermiere), ovvero la valutazione di gravità clinica effettuata da più professionisti di

staff, sia dello *spot-check streaming*, modalità di *streaming* dei flussi che indirizza al *fast track* le situazioni cliniche meno gravi, al *team triage* quelle che richiedono una valutazione e un trattamento, e direttamente alle zone di degenza i casi specifici;

- per quanto riguarda la possibilità di sostituire il medico con un infermiere esperto allo stato attuale esistono indicazioni di efficacia provenienti dal Sistema Sanitario inglese (modalità *See&Treat*) ma non ancora prove di evidenza in merito al contenimento dei tempi di attesa.

La Figura 1 sintetizza il modello svedese.

## II. "Boarding" (A). L'analisi dell'American College of Emergency Physicians

Accelerare il flusso all'interno di un Pronto Soccorso non può avere effetti sul *boarding*. Un rapporto dell'American College of Emergency Physicians (ACEP) individua quali interventi possono consentire una maggiore disponibilità di posti letto per i casi inviati al ricovero dal Pronto Soccorso e quali interventi siano da considerarsi con uno sfavorevole rapporto costo/efficacia.

Interventi con favorevole rapporto costo/efficacia sono:

1. la pianificazione della recettività ospedaliera attraverso l'effettuazione da parte del management sanitario di stime del flusso di ricoveri atteso dal Pronto Soccorso nei diversi giorni della settimana;

2. il trasferimento **immediato** dei pazienti nelle degenze di destinazione, che hanno il dovere

LUIGI TONELLI<sup>1</sup>, CESARE FRANCOIS<sup>2</sup>,  
ANTONIO BAVAZZANO<sup>3</sup>, GIANCARLO BERNI<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Direttore Medico Ospedaliero, Ausl 7 Siena

<sup>2</sup> Già Primario UO Pronto Soccorso Ausl 6 Siena

<sup>3</sup> Coordinatore del Centro Regionale della Rete Assistenziale delle Persone con Demenza

<sup>4</sup> Responsabile Osservatorio Permanente sul sistema dell'Emergenza-Urgenza della Regione Toscana

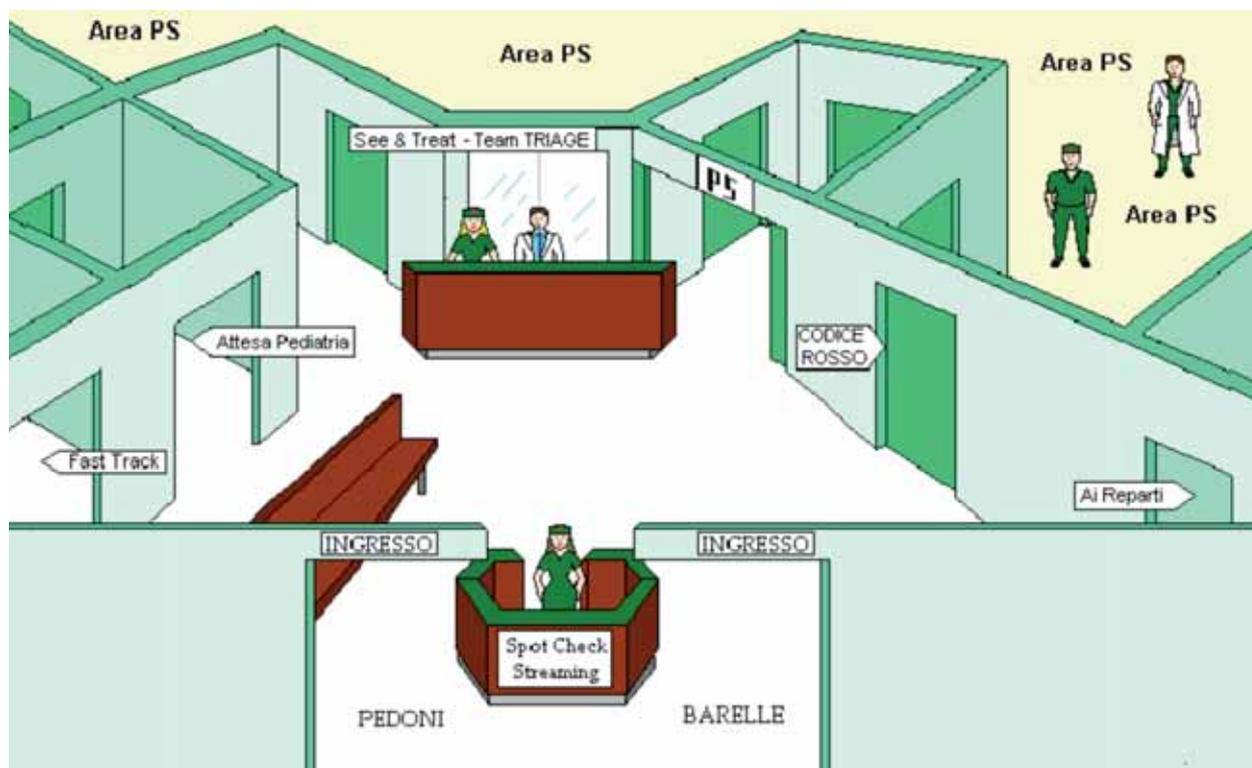


Figura 1

di accogliere i pazienti in tutti gli spazi disponibili;

3. la stima fin dall'accesso in Reparto della durata di degenza di ciascun singolo caso attraverso la formulazione fin dal momento del ricovero di un *early discharge planning*;

4. la distribuzione uniforme **in tutti i giorni della settimana** dei ricoveri di elezione, medici e chirurgici;

5. l'estensione della piena attività dell'Ospedale a 7/7 giorni per settimana, anziché gli attuali 5/7, come accade per tutti i servizi pubblici essenziali (trasporti, Pubblica Sicurezza ecc.);

6. la supervisione sull'uso dei letti ospedalieri da parte di un *bed-czar*, che ha il compito di verificare la disponibilità di posti letto e può arrestare il flusso nei momenti di massima occupazione.

Non risultano invece avere un buon rapporto costo/efficacia, a giudizio dell'ACEP, azioni quali:

1. l'aumento della capacità delle sezioni di degenza (perché di alto costo e perché rapidamente anche i letti supplementari sono utilizzati per ricoveri ordinari);

2. la realizzazione di *discharge rooms* (perché costose in riferimento al beneficio atteso e di solito scarsamente utilizzate);

3. il trasferimento delle urgenze ad altre strutture ospedaliere (per il rischio di ritardare le cure).

### III. "Boarding" (B). Le Geriatric Assessment Units (GAUs)

La popolazione anziana è il maggiore utilizzatore dei Servizi di Emergenza. Per questo ci è sem-

brato utile esplorare la letteratura geriatrica per cercare una diversa modalità di trattamento del paziente anziano in emergenza urgenza. Accade frequentemente che sia prestata minore attenzione alle specificità cliniche (polipatologia, politerapie, vulnerabilità latente ecc.) che rendono gli anziani più suscettibili agli eventi avversi. In tutti gli ospedali del Quebec e in molti ospedali francesi sono operative le Geriatric Assessment Units (GAU), unità di cura che trattano con approccio interdisciplinare i problemi acuti o le riacutizzazioni di cronicità negli anziani, lasciando al Pronto Soccorso il trattamento dei problemi in emergenza.

Sebbene in tempi recenti siano anche utilizzate negli ospedali per la stabilizzazione della fisiologia dell'anziano fragile al termine di un ricovero ordinario, le GAU trovano la propria ragione nel supporto o nell'alternativa ai servizi di Emergenza Urgenza e tale resta la loro finalità.

Nelle GAU per il controllo e la stabilizzazione della fisiologia e per la prevenzione del danno iatrogeno, viene utilizzata la Valutazione Multidisciplinare Geriatrica, metodologia di lavoro che consente la valutazione dei vari problemi biologici, comportamentali, sociali ecc. che possono favorire la disabilità. Mettendo in evidenza questi aspetti è anche possibile favorire strategie di compenso ai danni inemendabili.

### IV. Considerazioni conclusive "Overcrowding".

L'analisi del Swedish Council merita di essere attentamente presa in considerazione sia per

quanto riguarda il *fast track*, con il quale tutti i servizi ospedalieri sono coinvolti nell’Emergenza Urgenza, sia per quanto riguarda l’utilizzazione della professionalità infermieristica per codici Triage di contenuta criticità. In questo settore i laureati in Scienze Infermieristiche possono essere autonomi dopo appropriata formazione.

È anche meritevole di interesse l’organizzazione della “porta dell’Ospedale” proposta dal Swedish Council, relativamente alle figure professionali preposte al triage. Nel nostro ordinamento sono figure infermieristiche e nell’ordinamento svedese sono un *team* medico-infermieristico. L’esperienza italiana ha sinora raccolto risultati assolutamente confortanti sul ruolo infermieristico autonomo nella fase di accoglienza. Nel modello svedese la prima accoglienza è disciplinata da uno *spot-check streaming* in posizione avanzata rispetto al *triage*. Questo richiama soluzioni che accorciano il tempo di processo. In particolare vanno considerati l’immediato accesso alla *shock room* per i politraumi e l’accesso diretto alle sale angiografiche per le patologie vascolari (in particolare quelle coronariche). Inoltre va considerato l’affidamento diretto al *fast track* per le specialità e l’avvio alla degenza per le situazioni specifiche.

Resta mal definita anche nel modello svedese la professionalità del preposto allo *spot-check*

*streaming*, che comunque deve appartenere alla professione sanitaria.

### “Boarding”

In merito al *boarding* le indicazioni dell’ACEP non sono facilmente controvertibili. E’ necessario che i Professionisti della Sanità e tutti i Responsabili del Management ne tengano conto, riflettendo non solo sull’evidente opportunità di attivarle ma sulle ragioni della loro mancata attivazione.

Per quanto concerne le GAU, premesso che si tratta di strutture distinte dai Reparti di degenza ordinari, queste effettivamente potrebbero rappresentare un’occasione per sviluppare una via privilegiata per i pazienti cronici, non solo geriatrici, che, in quanto conosciuti per le patologie da cui sono affetti, potrebbero ricevere nelle GAU fin dal primo contatto le soluzioni delle acuzie legate alle loro cronicità, accelerando il ritorno a domicilio. Ovviamente nel caso siano compromessi i parametri vitali, la collocazione è la stessa utilizzata per tutta la popolazione che accede ai Servizi di Emergenza Urgenza.

Nella Figura 2 il modello svedese di Pronto Soccorso (PS) è rivisto secondo queste considerazioni conclusive. Per le ragioni già dette l’acronimo GAU (Geriatric Assessment Unit) è stato modificato in CAU (Chronic Assessment Unit).

TM

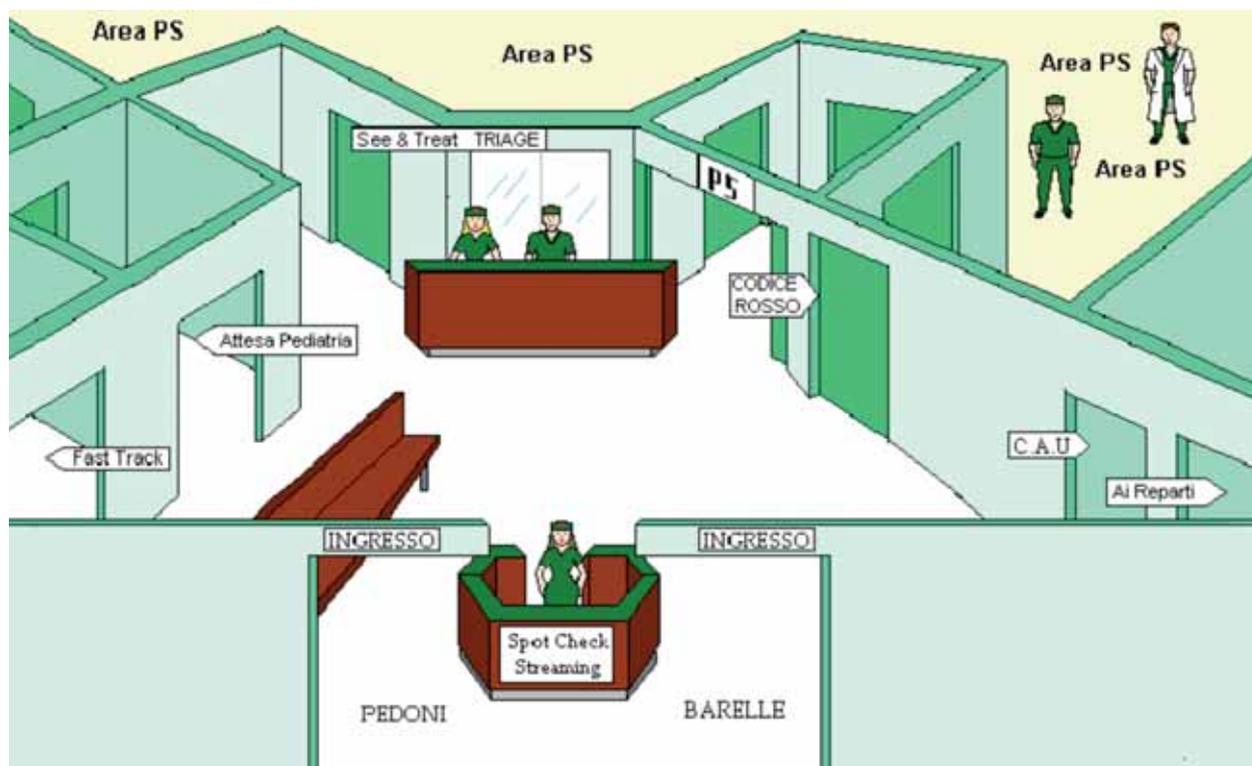


Figura 2

# La valutazione di qualità delle cartelle cliniche nelle Aziende Sanitarie



Giuseppina Terranova, Dirigente Medico di medicina legale nell'Az. USL 3 di Pistoia (2002-2007), dal 2007 nell'Az. USL 5 di PI, si occupa di gestione integrata dei rischi nell'ambito del Nucleo Valutazione Sinistri, gestione del rischio clinico e problematiche medico-legali emergenti nella pratica clinico-assistenziale, in collaborazione con la Direzione dei Presidi. Ha conseguito l'attestato di formazione come Clinical Risk Manager.

## Riassunto

Gli Autori illustrano il panorama normativo attuale in tema di valutazione di qualità della cartella clinica, evidenziando le criticità derivanti dalla molteplicità dei momenti valutativi e dalla mancanza di strategie e strumenti valutativi comuni ai vari ambiti di verifica. Vengono inoltre presentati i risultati di un progetto sviluppato negli anni 2009-2011 nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL 5 di Pisa, articolato in una prima fase di autovalutazione, nella quale le strutture hanno valutato le proprie cartelle mediante una griglia elaborata da un gruppo di lavoro multidisciplinare, e in una seconda fase di valutazione esterna ad opera di un team valutativo costituito da un medico legale, un rappresentante della Direzione Sanitaria di Presidio ed un dirigente statistico. Vengono inoltre evidenziate alcune criticità derivanti dalla moltiplicazione dei momenti valutativi.

## Premessa

La valutazione di qualità delle cartelle cliniche, su campioni più o meno contenuti secondo le energie disponibili, rappresenta da anni uno degli strumenti più importanti per garantire qualità, appropriatezza e sicurezza dei percorsi clinico-assistenziali, verificare la regolarità amministrativa e contabile dei ricoveri e prevenire il contenzioso attraverso la messa in atto di strategie proattive. La giovane, ma intensa esperienza della gestione diretta dei sinistri in Regione Toscana dimostra infatti che le criticità nella gestione della documentazione sanitaria orientano spesso i Comitati Gestione Sinistri a liquidare il danno, in base alla valutazione del rischio di soccombenza in giudizio, anche quando vi potrebbero essere margini di discussione e di argomentazione sul nesso di causa (cfr. articolo su Toscana Medica, n. 2/2012).

In attuazione del D.P.C.M del 10/12/2009, la Delibera di Giunta Regione Toscana n. 697 del 1-08-2011 e, del tutto recentemente, il Decreto n. 5056 del 27-11-2011, forniscono indicazioni sul sistema di controllo delle cartelle cliniche e stabiliscono i criteri e gli strumenti mediante i quali deve essere effettuata la valutazione di qualità su un campione pari al 10% delle cartelle e delle

corrispondenti schede di dimissione e la valutazione dei DRG medici ad alto rischio di inappropriatezza su un campione pari al 2,5% dei ricoveri complessivi.

Un altro ambito nel quale la valutazione delle cartelle cliniche riveste un ruolo importante è quello dell'accreditamento istituzionale. Numerosi requisiti previsti dal Regolamento DPGRT n. 61/R del 24-12-2010 e dalle successive modifiche devono infatti essere verificati in cartella clinica mediante analisi a campione in giorni prefissati (giorni "indice").

Alle iniziative valutative rese obbligatorie dalla normativa nazionale e regionale si aggiungono quelle che da anni vengono portate avanti nelle varie Aziende, tra cui la nostra, negli ambiti della medicina legale, del rischio clinico e della qualità.

Questa breve sintesi del panorama attuale evidenzia come la valutazione delle cartelle cliniche sia di fatto frammentata in una serie di adempimenti e di iniziative che rispondono a finalità diverse, effettuati con strumenti valutativi e metodologie diversi, da team di verificatori diversi, realizzando così un dispendio di tempo e di risorse che nell'attuale contesto organizzativo è di fatto difficilmente sostenibile.

## L'esperienza dell'Azienda USL 5 di Pisa

Nell'Azienda Usl 5 di Pisa, così come in altre Aziende Sanitarie Toscane si è da tempo intrapreso un programma sistematico di valutazione a campione della qualità delle cartelle cliniche e delle SDO. I settori nei quali si sono sviluppate le esperienze valutative sono quelli della Qualità, della Medicina Legale, della gestione del rischio clinico, in collaborazione con la Direzione dei Presidi.

Le verifiche di qualità sulla documentazione sanitaria ad opera dei Gruppi di Verifica Interni della UO Qualità e Accredimento rappresentano nella nostra Azienda una tradizione ben consolidata, codificata anche in specifiche procedure aziendali, che fa riferimento alle "9 norme di buona qualità"; tali verifiche sono inserite nell'ambito

G. TERRANOVA\*, M.G. SCARSELLI\*, L. NARDI\*\*

\* Clinical Risk Manager Azienda USL 5 di Pisa

\*\* Direttore dei Presidi Ospedalieri Azienda USL 5 di Pisa

del processo di valutazione annuale delle strutture cui è agganciata la retribuzione di risultato. La griglia valutativa contiene una serie di requisiti minimi che vengono valutati su un campione di 4 cartelle cliniche scelte a caso.

Anche in ambito medico-legale e di gestione del rischio clinico sono stati intrapresi progetti di valutazione della qualità dei dossier clinici, in collaborazione con la Direzione dei Presidi Ospedalieri mediante una griglia contenente 16 criteri (dati identificativi, anamnesi, esame obiettivo, diario clinico, informazione e consenso, consenso a trasfusione, cartella infermieristica, utilizzo di scale di valutazione, consulenze, grafica, dimissione, registro operatorio, check-list di sala operatoria, allegati, scheda unica di terapia, leggibilità). I criteri hanno tutti lo stesso peso e sono di tipo "obiettivo", ossia sono basati sulla presenza o meno di specifiche informazioni; il giudizio valutativo viene graduato in due o tre livelli (conformità - non conformità - parziale conformità) e tale graduazione viene esplicitata nella griglia in modo da evitare il più possibile attribuzioni soggettive. Nel 2011 la griglia è stata integrata in modo da rispondere anche all'esigenza di verificare la coerenza dei dossier clinici con i requisiti dell'accreditamento.

### Il percorso valutativo

Sono state previste le seguenti fasi:

- l'autovalutazione da parte della struttura su

campione di 30 cartelle mediante la griglia da noi elaborata con restituzione di una relazione contenente i risultati dell'analisi e le azioni correttive da implementare;

- la valutazione esterna su campione di 5 cartelle per reparto effettuata da un team multidisciplinare di valutatori;
- l'elaborazione dei risultati e la produzione di report grafici pubblicati sull'intranet aziendale;
- la discussione delle criticità rilevate all'interno delle strutture interessate mediante audit clinici, con l'intento costruttivo di migliorare la gestione della documentazione sanitaria.

### Risultati dell'analisi

I risultati del lavoro di analisi, per quanto concerne la fase dell'autovalutazione, hanno evidenziato criticità relative ai seguenti parametri: la richiesta e la registrazione delle consulenze, la Scheda Unica di Terapia, il consenso informato, la completezza degli allegati e, per quanto riguarda l'Area Chirurgica, anche la gestione della check-list di sala operatoria (Figura 1). Abbiamo riscontrato una buona adesione e partecipazione all'iniziativa da parte delle strutture, che hanno peraltro individuato concrete azioni di miglioramento per correggere gli aspetti problematici.

La valutazione esterna ha confermato la percezione soggettiva delle strutture relativamente alle criticità riscontrate con l'autovalutazione, nonostante la numerosità molto più contenuta del

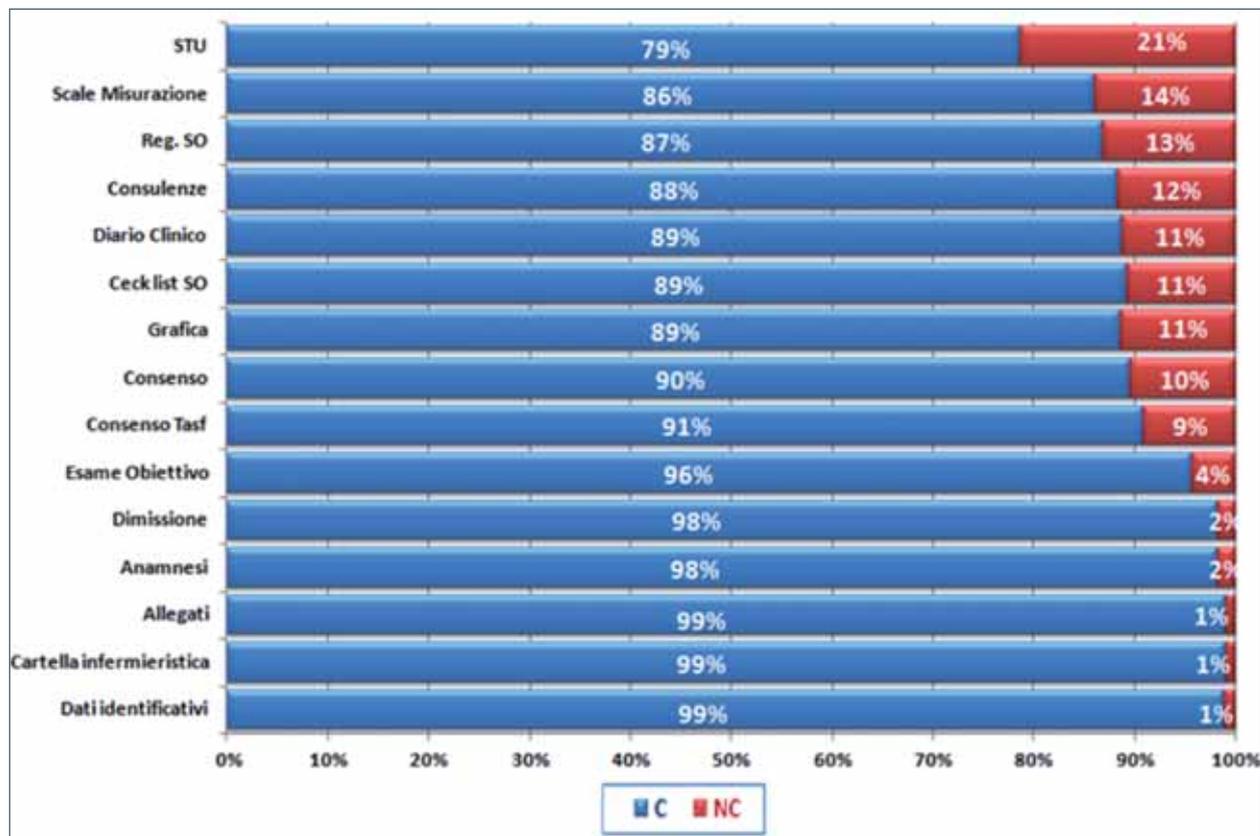


Figura 1 - Risultati Autovalutazione su CC Reparti Ospedalieri 2011 - Asl 5 di Pisa.

campione verificato.

Le maggiori carenze, come del resto ci si attendeva, hanno riguardato la gestione della *check-list* di sala operatoria, il consenso informato, la Scheda Unica di Terapia ma anche la compilazione del diario clinico, non sempre puntuale (Figura 2).

Per quanto concerne il consenso informato, abbiamo constatato un notevole miglioramento nel corso del tempo: dall'11,1% di conformità nel 2009 (definita dalla completezza della compilazione e dall'utilizzo di modulistica completa, specifica e

validata) si passa al 18% di conformità nel 2010 e, nel 2011, ad un 46% di conformità (vedi Figura 3). Nonostante la persistenza di aspetti problematici, ci sembra un dato interessante ed incoraggiante il costante miglioramento, tra il 2009 ed il 2011, non solo della gestione del consenso informato ma anche di altri importanti parametri come la STU e la *check-list* di sala operatoria mentre il dato in controtendenza relativo alla registrazione delle consulenze richiede una riflessione all'interno delle strutture coinvolte, da avviare attraverso gli strumenti di gestione del rischio clinico.

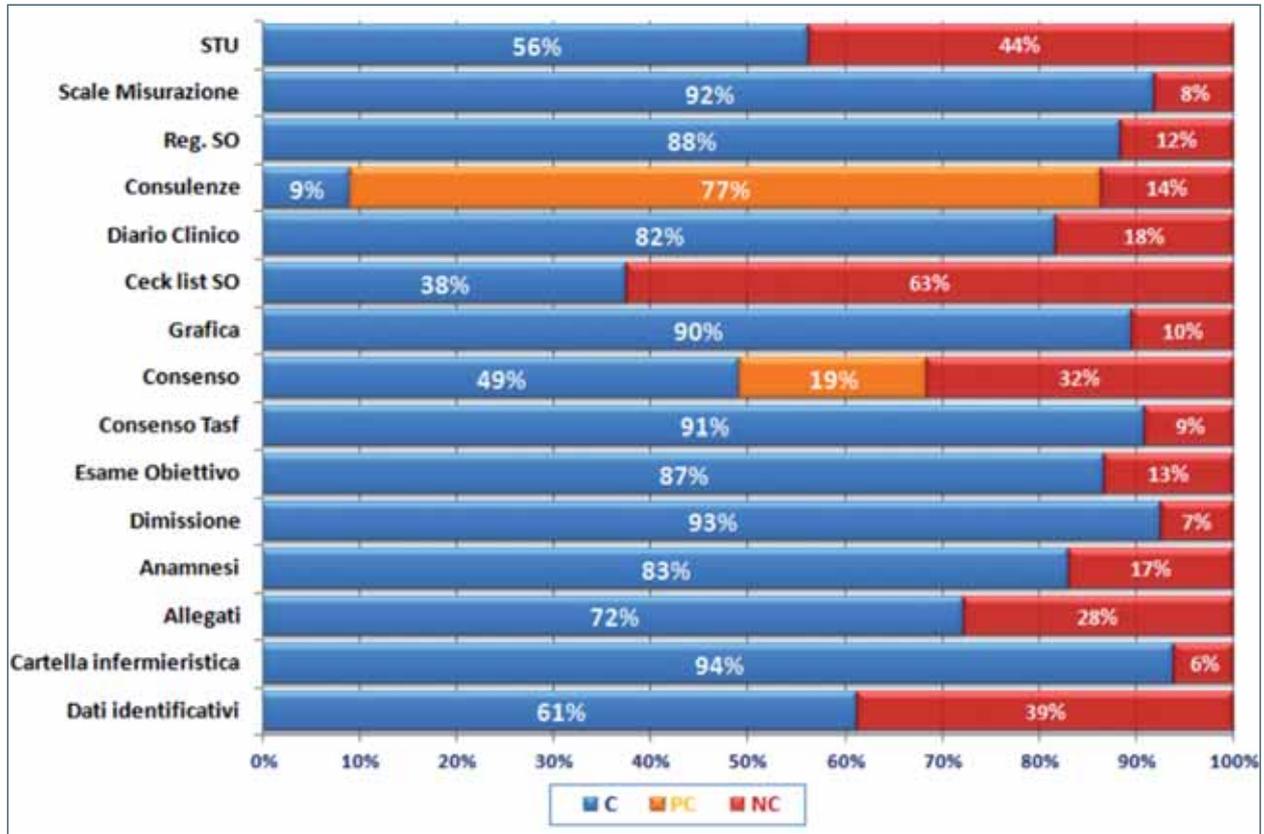


Figura 2 - Riepilogo Valutazione esterna C.C. dei Reparti Ospedalieri 2011 - Asl 5 di Pisa.

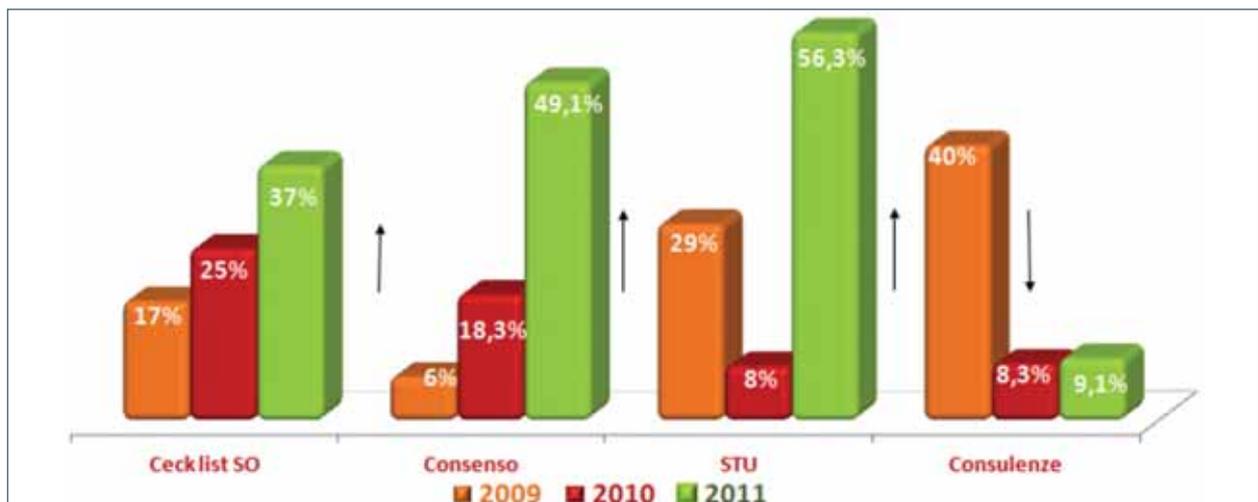


Figura 3 - Riepilogo Valutazione esterna C.C. dei Reparti Ospedalieri - Asl 5 di Pisa. Voci a basso livello di performance - % Conformità 2010-2011.

### Prospettive di sviluppo

La valutazione di qualità della cartella clinica rappresenta una preziosa fonte di informazioni nell'ambito della qualità e della gestione del rischio clinico in quanto consente di verificare il livello di compliance del reparto alle regole di buona gestione della documentazione sanitaria e di buona pratica clinica, presupposto fondamentale per garantire al paziente un iter clinico-assistenziale di qualità, trasparente e sicuro.

Data l'indubbia utilità delle verifiche a campione sulle cartelle cliniche, prevista anche da recente normativa regionale, è a nostro avviso necessario adottare criteri e metodologie realisticamente attuabili, compatibili con le risorse di tempo e di personale disponibili nelle nostre Aziende; a tal fine sarebbe auspicabile un intervento del legislatore regionale finalizzato a snellire ed unificare, per quanto possibile, i vari momenti valu-

tativi previsti dalle diverse normative evitando duplicazioni.

Nell'ambito della nostra Azienda è stato avviato un percorso di revisione delle griglie di valutazione utilizzate sino ad oggi, finalizzato a realizzare uno strumento valutativo unico ed integrato, utilizzabile in tutti i diversi ambiti di verifica (accreditamento, verifiche regionali secondo Decreto 5056/2011, valutazione di qualità effettuata su piccoli campioni random, con finalità proattiva) da team di valutatori a composizione multidisciplinare.

Oltre ad una verifica dell'impianto normativo regionale in materia di valutazione delle cartelle cliniche, è necessario che all'interno delle singole aziende si realizzino un coordinamento stretto ed una sinergia di intenti e di risorse tra le strutture che sino ad oggi hanno operato in questo campo. **TM**



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

## The evolving primary care physician

**Fonte** Susan Okie, *The Evolving Primary Care Physician*, NEJM 366;20: 1849-1853.2012

**N**egli Stati Uniti d'America è in atto una profonda e radicale trasformazione del Sistema Sanitario, che inevitabilmente coinvolgerà la Medicina

Generale, non necessariamente penalizzandola.

1. I medici di medicina generale saranno progressivamente sostituiti da infermieri e assistenti?

2. Diventeranno *partners* o *leaders in teams* multidisciplinari, impiegando la maggior parte del loro tempo nel controllare altri piuttosto che interagire con i pazienti?

3. La maggior parte di loro sarà impiegata in associazioni e sistemi sanitari più vasti, e la medicina generale dei singoli e dei piccoli gruppi scomparirà per sempre?

Sono ormai diverse le grida di allarme negli USA sulla riduzione nel prossimo futuro dei Family Doctor dovuta ad una esagerata burocratizzazione e informatizzazione che distoglierebbe il medico di medicina generale dal rapporto col paziente riducendo il tempo impiegato per l'esame obiettivo a fronte della necessità di registrare i dati nei PC, con un progressivo aumento degli infermieri cosiddetti «di famiglia».

Da più parti si auspica che in futuro, durante gli anni di formazione clinica, siano previsti dei periodi

di internato negli ambulatori dei medici di famiglia per insegnare la semeiotica direttamente sul campo e sta emergendo nel sistema sanitario statunitense un crescente interesse per le *patient-centered medical homes*.

Per molti anni le *residencies* della medicina di famiglia hanno ospitato giovani medici tirocinanti, che apprendevano strategie di collaborazione, operando con farmacisti e psichiatri membri del team.

In alcuni dipartimenti universitari di Medicina di Famiglia, soprattutto delle aree metropolitane meno in quelle cosiddette rurali, gli studenti imparano strategie di *management* per interagire in gruppi di assistenza primaria, ottimizzare le professionalità di ciascuna figura per ottenere un gruppo che rivaluti ed incrementi periodicamente i propri standard di qualità.

### Commento

Le domande con le quali Susan Okie apre questo articolo interessano chi si occupa di sanità pubblica e di assistenza primaria. Con una premessa: molte sono le differenze socio economiche e culturali di fondo fra la popolazione USA e italiana e il mondo accademico nord americano e il nostro, molte in campo sanitario le differenze sulla necessaria verifica su esiti e sull'*accountability* che è parte integrante della cultura lavorativa nord americana e che da noi sten-

SAFFI ETTORE GIUSTINI

Medico di medicina generale, Pistoia

ta a prendere campo, essendo l'autoreferenzialità una "patologia" del nostro sistema.

La crisi del sistema economico finanziario che porta ad una riduzione delle risorse per l'assistenza sanitaria, con ripercussioni negative ma inevitabili anche per la sanità del territorio e la riduzione del numero dei medici di medicina generale, potrebbe provocare un vuoto assistenziale soprattutto nelle aree non urbane. Alcuni punti analizzati rivestono interesse generale:

a) la crescente burocratizzazione dell'attività allontana il medico di medicina generale dalla vera essenza, relazionale e clinica, della sua professione, e ciò deve essere evitato;

b) porre attenzione ai sistemi informatici ma per rafforzare il ruolo peculiare del medico di medicina generale nella prevenzione delle cronicità per la conoscenza del paziente e dell'ambiente familiare e sociale, la disponibilità di dati anamnestici e clinici, l'identificazione della popolazione a rischio (interventi e procedure di screening), l'informatizzazione, cogestita insieme ad altre figure professionali, e con una piattaforma comune medicina generale - territorio - ospedale deve essere un vantaggio per il cittadino e per il gruppo di professionisti (sanità di iniziativa);

c) la nascita delle nuove strutture di medicina di associazione può rendere finalmente ragione dell'implementazione della Formazione in Medicina Gene-

rale, fungendo da sedi di tirocinio, di attività lavorativa e di ricerca sul campo;

d) diviene sempre più chiaro che anche durante il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia occorre introdurre dei "percorsi di conoscenza" negli ambulatori di medicina generale, proprio alla luce delle peculiarità esclusive della professione, che vanno conosciute non solo per migliorare l'apprendimento della semeiotica, di per sé basilare per il corretto esercizio della pratica clinica quotidiana, ma anche per migliorare la collaborazione tra le diverse figure professionali infermieristiche e di altra specialità;

e) negli ambulatori dei medici di medicina generale italiani è ormai indispensabile la presenza di figure professionali di supporto e collaborazione, quali personale di segreteria, infermieristica, specialisti e collaboratori, ma nessuno di essi può e deve sostituire il ruolo del medico di medicina generale.

Questi temi sono gli stessi che dovranno essere affrontati nel percorso di riforma della medicina generale italiana. E questo percorso rappresenta un'occasione unica per la categoria, ma soprattutto per la Formazione, che avrebbe finalmente la possibilità di veder riconosciute le proprie identità e dignità.

Mirene Anna Luciani

medico medicina generale in Formazione - Cascina (Pi)

Saffi Giustini

medico di medicina generale tutor Montale - PT

## Appropriatezza: il paziente come persona e il MMG.

Humanistic model: the CARE Measure (Fam Pract 2004; 21:699-705)

Indicatore: il medico	Descrizione dell'indicatore: il medico
1. Ti fa sentire a tuo agio	È amichevole, cordiale, ti tratta con rispetto, non freddo o brusco
2. Lascia che tu racconti la tua "storia"	Ti dà tempo per descrivere i tuoi disturbi ( <i>illness</i> ) con parole tue, senza interromperti o deviarti
3. Veramente ti ascolta	È attento a quello che dici, non guarda le note o il computer mentre parli
4. È interessato a te come persona	Si informa o conosce i dettagli significativi della tua vita, della tua situazione, non ti tratta come un "numero"
5. Comprende appieno le tue preoccupazioni	Mostra di aver capito le tue preoccupazioni, senza ignorarle o trascurarle
6. Mostra partecipazione ed empatia...	Partecipa alle tue preoccupazioni... non è indifferente o distaccato
7. Ha un atteggiamento positivo	Ti dice la verità ma non toglie la speranza
8. Spiega le cose con chiarezza	Risponde pienamente alle tue domande, spiega chiaramente, dà informazioni adeguate, non resta sul vago
9. Ti aiuta a prendere il controllo della situazione...	Esplora che cosa puoi fare per migliorare la tua salute, ti incoraggia piuttosto che farti una lezione
10. Fa un piano con te....	Discute con te le opzioni, ti coinvolge nelle decisioni tanto quanto vuoi essere coinvolto; non ignora la tua opinione

Fonte: Mercer et al. [2004: 702]

Luigi Pagliaro, professore emerito dell'Università di Palermo



Stefano Beccastrini, ha studiato a Firenze e a Pisa. Si è laureato in Medicina e in Scienze dell'educazione. Ha scritto moltissimo: libri, saggi, articoli, testi teatrali-musicali e di canzoni, poesie, relazioni a convegni, epitaffi ed epitalami. Esperto di cinema.

# Dalla parte dei bambini

Alla memoria di Giovanni Bollea e di François Truffaut

*I bambini sanno sempre quello che bisogna saper fare*

**Giovanni Bollea**

**I**n un numero dedicato all'infanzia de "Le Courier de l'Unesco", François Truffaut scrisse: "Quello che salta agli occhi quando si osserva la vista, è la gravità del

bambino rispetto alla futilità dell'adulto. Per questo ritengo che si raggiungerà un maggior grado di verità filmando non solo i giochi dei bambini ma anche i loro drammi, che sono immensi e spesso non hanno alcun legame con i conflitti degli adulti".

Al cinema, oltre ai soliti bambini sorridenti, vengono talora mostrati anche bambini dolenti e sofferenti, ma quasi sempre a causa di cattiverie intenzionali degli adulti.

Truffaut non ha mai negato che esse abbiamo luogo, però ha sempre insistito sul fatto che i bambini, e poi gli adolescenti, vivono anche drammi insiti nella loro stessa condizione antropologica ed esistenziale. Compito degli adulti, e che non sempre viene da loro ben svolto, dovrebbe essere quello di aiutarli ad affrontare tali momenti di travagliata transizione.

Per lui, filmico poeta dell'educazione più ancora che dell'infanzia, la vera età critica della vita è quella che va dalla preadolescenza all'adolescenza: durante tale periodo, infatti, si snoda il complesso e difficile romanzo di formazione d'ogni ragazzo di questo mondo. Perciò il cinema di Truffaut è connotato da un'attenzione pedagogica, un interesse verso il processo di crescita e di apprendimento, una poesia della necessità della drammaticità dell'educazione raramente presenti nei film dedicati ai ragazzi.

Significativo, in tal senso, è *Gli anni in tasca* (1976, titolo originale *L'argent de poche*), una sorta di concerto polifonico in cui direttore, lui stesso, fa cantare un grande coro infantile. I bambini si appropriano del film fin dagli stessi titoli di testa, correndo a rotta di collo lungo le strade in discesa della cittadina in cui l'opera è ambientata (si tratta di Thiers, in Alvernia).

*Gli anni in tasca* non è soltanto un film dalla parte dei bambini bensì un film realizzato con loro, avendo Truffaut chiamato i ragazzini di Thiers a collaborare con lui nel concepirlo.

Anche la scuola è, cosa rara al cinema, vista con occhi benevoli. Truffaut non ha mai condiviso certe impostazioni ideologiche secondo le quali la scuola è un apparato sociale inevitabilmente repressivo. Può diventarla, ma può diventare anche il suo contrario: c'è la squallida scuola della professoressa di "Lette-

ra a una professoressa" e c'è la scuola di Don Milani a Barbiana, di Mario Lodi a Vho di Piadina, del maestro Richet a Thiers.

Proprio in bocca al personaggio del maestro, Truffaut mise il discorso più direttamente politico, sull'infanzia, espresso nei suoi film. Richet lo fa alla scolare, salutandola prima dell'inizio delle vacanze estive e commentando delle disgrazie di Julien, un allievo particolarmente deprivato sul piano sociale e affettivo: "Voglio parlarvi di Julien - dice il maestro - Sarà affidato all'assistenza pubblica e sarà mandato presso una famiglia.

In qualunque posto andrà, starà sicuramente meglio che con sua madre e sua nonna, che lo trattavano male... Fra tutte le ingiustizie che ci sono al mondo, quelle che colpiscono i bambini sono le più ingiuste, le più ignobili, le più odiose. Il mondo non è giusto e forse non lo sarà mai, ma non bisogna rassegnarsi, bisogna lottare perché ci sia giustizia... Quelli che ci governano dicono "Il governo non cederà alle minacce" ma in realtà è il contrario, un governo cede solo alle minacce e i cambiamenti si ottengono soltanto reclamandoli... Da qualche anno gli adulti l'hanno capito e ottengono in piazza quello che viene loro rifiutato negli uffici... Ma in tutte queste lotte i bambini sono dimenticati... Esiste una spiegazione per questo: i bambini non sono elettori... Se i bambini avessero diritto al voto, voi... per esempio, potreste ottenere di arrivare a scuola un'ora più tardi d'inverno, invece che quando è ancora notte.

Volevo anche dirvi che, proprio perché ho un brutto ricordo della mia infanzia e non mi piace come ci si occupa dei bambini, ho scelto di fare il lavoro che faccio, cioè insegnare. La vita è dura ed è importante che impariate a diventare forti per poterla affrontare. Badate: non vi spingo a diventare dei duri, ma dei forti... Anche voi, un giorno, avrete dei bambini

STEFANO BECCASTRINI  
Medico del lavoro di Arezzo, esperto di cinema



e io spero che voi li amerete e che loro vi ameranno. Anzi, loro vi ameranno se voi li amerete, altrimenti rivolgeranno il loro amore su altre persone, perché la vita è fatta così: non si può fare a meno di amare e di essere amati". A Roma, in via dei Sabelli, Giovanni Bollea, il padre della neuropsichiatria infantile italiana, aveva fondato il proprio istituto.

Per molti anni, mia moglie e io vi abbiamo accompagnato con ansia nostra figlia Valentina – che adesso è una brava educatrice scolastica – a fare controlli, visite, esami medici. All'entrata dell'istituto c'era un cartello con sopra scritto: "Un giorno avrete anche voi dei bambini e io spero che li amerete e che loro vi

ameranno. Anzi, loro vi ameranno se voi li amerete".

Si trattava di un brano del discorso fatto dal personaggio del maestro Richet alla propria scolaresca di Thiers, centro del mondo né più né meno che via dei Sabelli a Roma o qualunque altro luogo del mondo stesso in cui ci siano dei bambini che hanno bisogno di essere aiutati a diventare grandi e forti. In quel luogo, quelle parole erano proprio al posto giusto. Purtroppo, però, Giovanni Bollea nel frattempo è morto e il suo istituto probabilmente verrà chiuso. Nella sanità italiana si fanno anche cose simili, per fare tornare qualche conto o per qualche altro, altrettanto ignobile, motivo. **TM**

## La famiglia del paziente oncologico

**È** difficile essere familiare di una persona che vive con il cancro, è vero, ma lo è ancora di più saper discriminare i modi e le strategie da adottare per aiutare a sostenere un nostro caro in questa battaglia.

I familiari di coloro che hanno una malattia oncologica vivono spesso nell'ambivalenza delle loro azioni e dei loro pensieri: "farò bene a non preoccuparmi?" oppure "oh, Dio dammi la forza per andare avanti", "non riesco a sostenere questa situazione", "come stai? Hai dormito? Hai mangiato? Sei stato dal medico?".

Ecco questi sono solo alcuni degli esempi che la persona che ha un tumore si sente dire o chiedere in modo costante.

Ma esiste un modo per non essere troppo invadenti e preoccupati oppure per stare alla giusta distanza?

In effetti no, non è più corretto preoccuparsi tanto o per niente, ma il modo più funzionale per rapportarsi ad una persona che sta attraversando questa situazione è sicuramente dato dalla flessibilità e morbidezza sia nei comportamenti che negli atteggiamenti.

Che vuol dire concretamente?

Saper oscillare dall'essere vicino quando la persona si sentirà bisognosa di affetto e sostegno e lontano quando la persona sentirà di avere quelle risorse che le permettono di combattere in prima fila quest'evento.

E questo com'è possibile farlo?

Spostando l'attenzione e il focus da sé all'altro che vive l'evento malattia: cominciando ad ascoltare le sue sensazioni, i suoi bisogni attuali, i suoi obiettivi. Con il tempo poi, decorso della malattia permettendo, l'abilità del familiare potrà talmente raffinarsi che magari comincerà a comportarsi "come se" la malattia non ci fosse o non fosse mai esistita.

Qualcuno potrebbe pensare che sia impossibile o addirittura controproducente per colui che vive

questa sfida, ma in realtà è l'unico modo per far sentire alla persona che sta male che non la vediamo così, malata, ma la consideriamo sempre come prima, parte fondamentale della famiglia e non compatita.

A volte il dolore o la rabbia di un familiare rispetto alla sorte, destino, Dio, che ha toccato il proprio figlio, compagno, genitore, è così forte che l'unica via d'uscita è isolarsi, vittimizarsi, rinunciare a vivere e delegare agli altri le mansioni quotidiane: questo copione depressivo non solo non aiuta la persona malata di cancro ma la fa sentire in

colpa, dispiaciuta perché fa vivere all'altro questa condizione e quindi la sua battaglia diventerà duplice, da una parte il suo male, dall'altro la preoccupazione anche per i familiari.

Questo amplificherà il suo dolore e non porterà ad attivare tutte quelle risorse che invece servono per far fronte agli urti della vita, ad essere resilienti.

Questo amplificherà il suo dolore e non porterà ad attivare tutte quelle risorse che invece servono per far fronte agli urti della vita, ad essere resilienti.

La resilienza richiama la capacità dei metalli di essere duttili e flessibili, ed è quella tendenza delle persone di riuscire a far fronte agli eventi critici e a saperli poi assorbire, un po' come un grande albero che viene sbatacchiato dalle folate di vento, ma che non si spezza.

Quindi mobilitare le risorse positive della persona malata come ad esempio coltivando se stessa, i suoi interessi, le sue passioni, insieme a un contesto familiare che non le ricorda ogni giorno di essere condannato a morte, ma addirittura di stare affrontando una delle tante sfide importanti della vita che lo possono non solo indebolire, ma addirittura rafforzare, può essere una via per favorire un'accettazione e una nuova visione dell'essere malato di cancro oggi grazie ad una famiglia attiva e partecipe in questa lotta. **TM**



*Daphne Nocentini, psicologa, specializzata all'ultimo anno di Terapia Breve Strategica diretta dal Prof. Giorgio Nardone. Da due anni svolge la sua attività di tirocinio sotto la supervisione del Dr. Roberto Calosi presso la S.S di Psicopatologia di Firenze (OSMA).*

DAPHNE NOCENTINI

Psicologa, Firenze



Francesco Ceraudo,  
già direttore del Centro  
clinico del carcere  
"Don Bosco" di Pisa.

# Il cuore in pena

## Le malattie cardiovascolari in carcere

Progetto salute in carcere, D.R. 1096/2011, Azienda Usl 2 - Lucca

**L**e aumentate esigenze della popolazione detenuta in termini di salute, l'incremento delle patologie (HIV, HCV, HBV, TBC, cardiopatia ischemica, BPCO e disturbi psichiatrici) hanno sviluppato una situazione complessa da valutare con particolare attenzione attraverso specifiche occasioni di formazione del personale sanitario.

Studi clinici ed epidemiologici concordano che la prima causa di morte nella popolazione generale e nella popolazione detenuta è caratterizzata dalla patologia cardiovascolare.

### L'infarto del miocardio rimane la principale causa di morte tra la popolazione detenuta

Secondo stime elaborate dall'Agenzia Regionale Sanità (ARS) l'11,4 della popolazione detenuta in Toscana presenta patologie riferite alle malattie dell'apparato circolatorio, tra cui assumono particolare importanza la cardiopatia ischemica e l'ipertensione arteriosa.

Nella Casa Circondariale di Lucca 4 sono i detenuti che sono affetti da esiti di pregresso infarto del miocardio e vengono sottoposti ad un assiduo studio di monitoraggio.

Nel 2010 sono stati rilevati negli istituti penitenziari toscani 35 casi di infarto del miocardio e in 6 casi sono stati seguiti da morte.

Da qui nasce l'esigenza di sviluppare modelli tesi a garantire l'implementazione della Medicina basata sulle evidenze e la verifica di standard qualitativi.

**La Medicina Penitenziaria** ha nell'ambito cardiovascolare un ruolo professionale di primo piano sia per la prevenzione primaria che secondaria e può far riferimento ad un corpo di evidenze scientifiche e di linee guida significative.

**Il Medico Penitenziario** diventa il gestore operativo della patologia cardiovascolare e ciò implica un particolare impegno sia sotto il profilo quantitativo, per l'elevata percentuale dei pazienti già affetti o comunque esposti al rischio di insorgenza di forme cardiovascolari sia, sotto il profilo qualitativo inteso come domanda di prestazione elevata e comunque adeguata alla severità delle forme cardiovascolari, siano esse forme acute o croniche.

Questo richiede oltre che un continuo e specifico processo di aggiornamento, anche l'adozione di una linea di comportamento in grado di assicurare non solo un'adeguata assistenza ai pazienti affetti da malattie cardiovascolari, ma contestualmente, un livello realmente efficace di prevenzione primaria e secondaria.

Nell'attuale situazione penitenziaria il soggetto che merita una maggiore stratificazione del rischio cardiovascolare è quello che presenta un'età maggiore di 50 anni.

Nella Casa Circondariale di Lucca costituiscono il 15% pari a 30 detenuti.

Partendo dalla premessa che il carcere provoca sospensione della vita in termini di affettività, di sessualità, risulta evidente come sia necessaria una valutazione immediata allo scopo di intervenire sul disagio psichico esistente con capacità tecniche, ma anche con dosi rilevanti di relazione umana.

Vengono definiti fattori di rischio cardiovascolare le caratteristiche dei soggetti che in studi di popolazione sono risultati correlati all'insorgenza di cardiopatia ischemica.

I fattori di rischio si distinguono in **non modificabili**, che devono essere conosciuti per la stratificazione del rischio e **modificabili**, legati sia allo stile di vita, sia a caratteristiche biochimiche metaboliche: su questi ultimi il medico deve intervenire per ridurre la probabilità di andare incontro ad una malattia cardiovascolare.

### Fattori di rischio non modificabili

#### Età

La malattia è rara prima dei 35 anni, poi il rischio aumenta progressivamente.

#### Sesso

Negli uomini il rischio di malattia coronarica aumenta progressivamente con l'età, mentre nelle donne è raro prima della menopausa: successivamente il rischio aumenta fino ad essere sovrapponibile a quello dell'uomo dopo i 70 anni.

#### Storia familiare

Verificare una storia familiare di malattie cardiovascolari (angina, infarto del miocardio, ictus).

FRANCESCO CERAUDO

Già Direttore del Centro Clinico del carcere "Don Bosco" di Pisa

### Storia personale

Verificare una storia personale di cardiopatia coronarica o di altre malattie aterosclerotiche.

### Fattori di rischio modificabili legati a stili di vita

#### Fumo (attivo e passivo)

Esiste una relazione lineare tra le affezioni cardiache e l'abitudine al fumo.

#### Sedentarietà

Esistono dati derivanti da studi osservazionali che dimostrano come soggetti sedentari presentino un rischio relativo di cardiopatia coronarica incrementato del 30/50% rispetto a soggetti che praticano attività fisica, anche moderata e che questo si riduce proporzionalmente con l'aumento dell'attività fisica.

#### Alimentazione ricca di grassi saturi

#### Abuso di caffeina

### Fattori di rischio modificabili legati a caratteristiche biochimico-metaboliche

- Elevati livelli di colesterolemia totale e LDL-colesterolemia;
- bassi livelli di HDL- colesterolemia;
- elevati livelli di trigliceridemia;
- iperglicemia;
- ipertensione arteriosa;
- obesità;
- sindrome metabolica.

A questi fattori di rischio da tempo conosciuti, bisogna aggiungere un altro elenco rappresentato da fattori di rischio aggiuntivi.

### Essi vengono definiti indicatori di rischio

Sono:

- fibrinogeno;
- omocisteina;

- lipoproteina(a);
- microalbuminuria;
- proteina creattiva.

Nel contesto carcerario acquisiscono particolare importanza nella genesi della malattia cardiovascolare:

- fumo (talvolta anche 40-60 sigarette al giorno);
- scarsissimo movimento;
- vitto ricco di insaccati, scatolame e merendine;
- condizioni di stress permanente.

Il dolore toracico rappresentato in carcere è una *brutta bestia*. Il più delle volte viene sottovalutato ed è di difficile interpretazione anche perché il detenuto è portato talora alla simulazione. Pertanto la prima cosa da fare è comprendere se il dolore toracico sia reale o un artefatto.

Per riconoscere il dolore da infarto del miocardio costituiscono punti fondamentali per la diagnosi:

- la localizzazione;
- le caratteristiche ed estensione del dolore;
- i sintomi associati.

Da quanto sopra si desume la necessità che ogni Presidio Sanitario Penitenziario disponga di un servizio cardiologico adeguato.

Attraverso una minuziosa raccolta delle caratteristiche dei sintomi accusati dal paziente e dei fattori di rischio dello stesso, il medico penitenziario può acquisire informazioni significative per sospettare una cardiopatia ischemica e proseguire con gli accertamenti diagnostici del caso.

Un elettrocardiografo con le diagnosi prestate coadiuvato da un set per il rilievo e la valutazione degli enzimi di necrosi (troponina e CK-MB) può essere di grande aiuto in attesa dell'intervento dello specialista cardiologo.

Il Presidio Sanitario Penitenziario di Gorgona deve valutare l'opportunità di allestire la Telemedicina.

TM

## BACHECA

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

### OFFERTA LAVORO

Offresi possibilità di sostituzioni specialistiche in Ortopedia negli ambulatori ortopedici della ASL di Firenze. È necessario aver conseguito la specializzazione in Ortopedia. Stefano Guidotti, cell. 366.5457153.

## Mamilavi

### PURIFICAZIONE INTERNO AUTO

L'autolavaggio **Mamilavi**, sito nel quartiere Rifredi di Firenze, è specializzato in un particolare trattamento, che distrugge acari, batteri, muffe ed anche tre tipi di virus influenzali. Il prodotto usato è **Puresential Purificante-Spray ai 41 oli essenziali**. Un servizio estremamente utile, rivolto anche alle mamme che devono trasportare frequentemente bambini sulla propria auto. **Ai medici iscritti all'albo per il primo intervento viene garantito uno sconto del 30% su tutto il listino.**

**Mamilavi**, Via Luigi Michelazzi 15 Firenze, tel. 055.5276309

[www.esclusivamenteitaliano.it](http://www.esclusivamenteitaliano.it) - [info@esclusivamenteitaliano.it](mailto:info@esclusivamenteitaliano.it) - Info: Sig. Mannheimer, cell. 335.8229935



Joseph Polimeni è specialista in Igiene ed Organizzazione dei Servizi Ospedalieri. Dal 2007 è Direttore dell'Ospedale di Prato ed è stato dal 2002 al 2006 Direttore dei Presidi Ospedalieri della ASL 5 di Pisa. È Responsabile del Progetto Sanitario del nuovo ospedale e si occupa dal 2003 di organizzazione ospedaliera per intensità di cura; ha introdotto profondi cambiamenti gestionali nei dipartimenti ospedalieri, rimodulando i posti letto e i percorsi diagnostico-terapeutici.

# Stratificare i pazienti per livelli di intensità di cura

## Lo studio pilota nell'Unità Operativa di geriatria dell'Ospedale di Prato

### Introduzione

Il Nuovo Ospedale di Prato prevede, secondo quanto indicato dalla Legge Regionale 40/2005, la strutturazione in due diversi livelli assistenziali: il Livello 1 (intensivo e subintensivo) ed il Livello 2 (degenza per acuti). A questi si aggiunge il Livello 3 (post acuzie), che dovrà trovare la sua collocazione in ambito territoriale. La complessità dei pazienti internistici, per profilo di

gravità clinica e bisogno assistenziale, richiede, peraltro, un'ulteriore suddivisione nell'Area Medica in un Livello 2A (prestazioni più intensive) e 2B (cure a minore intensità).

Gli strumenti individuati dal Laboratorio Management e Sanità (Mes) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa per la corretta attribuzione del paziente al livello più adeguato sono il Modified Early Warning Score (MEWS) e il Ray Score.

Il MEWS si basa sulla valutazione della stabilità clinica del paziente e comprende cinque parametri (pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria, temperatura corporea e stato di coscienza), con un punteggio compreso fra 0 (massima stabilità) e 14 (massima instabilità clinica). Il Ray Score è invece un indice di complessità assistenziale infermieristica, con sette diversi step ed un punteggio variabile da 0 (elevato bisogno) a 70 (massima autonomia).

Il presente lavoro illustra i risultati di uno studio pilota condotto per testare i criteri di assegnazione e per proporre una classificazione dei livelli di cura a minore intensità (Livelli 2B e 3).

### Soggetti e metodi

Lo studio è stato condotto nell'UO Geriatria dell'Ospedale di Prato dal 1 gennaio al 30 aprile 2011. La somministrazione del MEWS e del Ray Score è avvenuta all'ingresso dei pazienti in reparto e al quinto giorno di ricovero. Sulla base dei punteggi è stato assegnato ai pazienti il livello di intensità di cure più appropriato. (Tabella 1)

Il Livello 3 è stato attribuito ai pazienti che presentavano una condizione di stabilità clinica associata a problematiche sociali o assistenziali (mobilità, controllo e stabilizzazione dei parametri

ematici, ecc.) che controindicavano la permanenza al domicilio.

### Risultati

Sono stati arruolati 329 pazienti (180 femmine, 57% del totale), con età media 84 anni (range: 63-103 anni). Il punteggio medio del MEWS al baseline è risultato di 2.42, con circa il 7% dei pazienti con score superiore a 5 e quasi il 64% con valore inferiore a 3. Il punteggio medio del Ray Score è stato pari a 20.20, con il 38% dei soggetti con punteggio superiore a 23. Al momento del ricovero circa il 7% dei pazienti era da indirizzare verso un livello assistenziale intensivo, mentre

JOSEPH POLIMENI\*, FEDERICO MANNOCCI\*\*,  
LAURA TATTINI\*\*, LUIGI PASCARELLA°,  
STEFANO MAGNOLFI°, STEFANIA CECCHI°,  
ANTONIO D'URSO^

\* Direttore Ospedale ASL 4 Prato

\*\* Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero ASL 4 Prato

° UO Geriatria ASL 4 Prato

°° Direttore Professioni Infermieristiche ASL 4 Prato

^ Direttore Sanitario ASL 4 Prato

Tabella 1 - Attribuzione del livello di intensità di cure secondo i punteggi MEWS e Ray Score.

	MEWS	Ray Score	Note
Livello 1	>5	-	
Livello 2A	3-5	-	
	0-2	≤23	
Livello 2B	0-2	>23	instabilità clinica per patologia acuta
Livello 3	0-2	>23	stabilità clinica, impossibile permanenza domiciliare per problemi sociali o assistenziali

circa il 17% richiedeva un approccio caratterizzato dalla bassa intensità (Tabella 2).

Il *follow up* al quinto giorno ha coinvolto 228 pazienti (63.9% del campione iniziale), a causa di 101 fra decessi e/o dimissioni e trasferimenti.

Mentre i valori medi del MEWS e del Ray Score sono rimasti sostanzialmente invariati (confronto *baseline/follow up*: MEWS 2.42 vs 2.07, Ray Score 20.20 vs 20.36) risulta modificata la distribuzione per fasce di punteggio e quindi per livelli di intensità di cure. In particolare diminuisce il numero dei pazienti inquadrabili nei Livelli 2A e 2B, con l'aumento della percentuale dei soggetti eleggibili per il Livello 1 e, in misura ancor più marcata, per il Livello 3 (Tabella 2).

Al termine dello studio, la degenza media è stata di 7.52 giorni, con durata variabile in relazione al livello assistenziale (8.96 giorni per il Livello 1 e 7.85, 6.73 e 8.33 giorni rispettivamente per i Livelli 2A, 2B e 3).

### Discussione e linee interpretative

Il campione è stato selezionato nel reparto di Geriatria, ma per età e per caratteristiche cliniche (polipatologia, fragilità, ecc.) possiede un profilo assistenziale sovrapponibile a quello dei pazienti dell'intera Area Medica.

Dopo cinque giorni di degenza la collocazione dei pazienti nel layout assistenziale mostra significative variazioni. Oltre un quarto dei pazienti (26.3%) diventa eleggibile per il livello delle cure intermedie ed aumenta anche la percentuale di soggetti che necessita di cure intensive (9.7%). La

popolazione dei ricoverati, all'ingresso prevalentemente concentrata su livelli intermedi di intensità di cura, tende poi a polarizzarsi in *step down* o *step up*. Infatti sia i pazienti clinicamente più compromessi, sia quelli stabilizzati ma con gravi problemi sociali non possono essere dimessi precocemente, come testimoniato anche dall'andamento della degenza media nei vari livelli.

All'interno dell'area di degenza deve essere dunque previsto un *setting* assistenziale flessibile, che si adegui alle necessità eterogenee e ai bisogni del paziente, con la possibilità di monitoraggi e trattamenti anche più intensivi, ma senza ricorrere allo spostamento da un letto all'altro.

La creazione di strutture territoriali di cure intermedie può migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, da riservare, per la definizione diagnostica e la stabilizzazione clinica, a casi acuti. Contemporaneamente sarebbe garantito un periodo di ricovero a soggetti che non necessitano di cure avanzate, ma che non possono rimanere a domicilio per problemi sociali o assistenziali.

È auspicabile che la gestione del paziente nel contesto di questa nuova piattaforma assistenziale possa avvenire in un contesto multidisciplinare e multiprofessionale, in collaborazione con i medici di medicina generale e con tutte le altre figure professionali che afferiscono alle Cure Primarie.

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [fmannonci@usl4.toscana.it](mailto:fmannonci@usl4.toscana.it)

TM

**Tabella 2** - Distribuzione dei pazienti per livello di intensità di cure all'ingresso e al quinto giorno di ricovero.

	Ingresso (n=329)	Quinto giorno (n=228)
<b>Livello 1</b>	22 (6.7%)	22 (9.7%)
<b>Livello 2A</b>	125 (38.0%)	65 (28.5%)
<b>Livello 2B</b>	127 (38.6%)	81 (35.5%)
<b>Livello 3</b>	55 (16.7%)	60 (26.3%)

## CORSI E SEMINARI

### MASTER IN MEDICINA TROPICALE E SALUTE GLOBALE

Da Lunedì, 4 Febbraio 2013 a Lunedì, 3 Febbraio 2014

L'Università degli Studi di Firenze insieme all'Università degli Studi di Brescia, e in collaborazione con la Fondazione Don Giovanni Calabria per le Malattie Tropicali dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar (Verona), organizza per l'a.a. 2012/2013 il Master congiunto di I livello in Medicina Tropicale e Salute Globale. Descrizione: Il master si propone di fornire le basi professionali sia per facilitare l'inserimento dell'operatore in programmi di cooperazione sanitaria internazionale che per assicurare una risposta qualificata alla domanda di salute negli immigrati e nei viaggiatori internazionali. Coordinatore del master: Prof. Alessandro Bartoloni. Sedi del Corso: Piastra dei Servizi, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Largo Brambilla 3, Firenze - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Brescia, Viale Europa 11, Brescia - Fondazione Don Giovanni Calabria, Ospedale Sacro Cuore, Via Don Angelo Sempreboni 5, Negrar (Verona). Durata delle attività didattiche: 12 mesi, a partire dal 4 febbraio 2013. Scadenza presentazione domanda d'ammissione: 30 novembre 2012. Quota di iscrizione: 2800 €

Organizzazione: Università di Firenze, Università di Brescia, Ospedale Sacro Cuore di Negrar (VE). Crediti ECM: Crediti Formativi Universitari: 60. Luogo: Firenze - Brescia - Negrar (VE). Contatto: [bartoloni@unifi.it](mailto:bartoloni@unifi.it) - [www.mastermedicinatropicale.org](http://www.mastermedicinatropicale.org)

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI - FIRENZE

Convegno

# Chi cura i curanti?

## Il disagio dei medici nella sanità moderna

Firenze, 12 ottobre 2012

Auditorium CTO, Firenze

*Pubblichiamo una sintesi e alcuni interventi di questo interessante convegno, che ha affrontato per la prima volta in modo complessivo un argomento di grande attualità.*

## Consapevoli del limite

*L'età è diventata, più che una variabile, una commedia: si passa dai ragazzi di 38 agli anziani di 55, senza neanche una sosta nella maturità. Forse non è casuale.*

GIUSEPPE PONTIGGIA

**A** giudicare dalla massiccia presenza di medici universitari, ospedalieri, di medicina generale e liberi professionisti, il tema proposto dal convegno doveva davvero stare a cuore.

La situazione del medico subito dopo la curva del terzo millennio è decisamente mutata. E qualcuno, come ha dichiarato in modo autobiografico

BRUNO RIMOLDI

Roberto Satolli nella sua relazione *Sognavo di fare il medico*, ha deciso, a un certo punto della vita, di cambiare professione, diventando per esempio giornalista... medico (in fondo si può abbandonare un certo percorso ufficiale, ma non l'amore per la materia cui si sono dedicati gli anni dello studio e dei primi importanti passi della professione!).

Ovviamente il caso citato è solo un paradigma che bene esprime il disagio che anche la categoria medica sta vivendo da un po' di tempo, dovendo fare per così dire lo slalom fra burocrazie, normative, aziende farmaceutiche, farmacoconomie, pseudoisterie di pazienti insoddisfatti e insoddisfabili che cercano su Internet e sulle "nostre" schede tecniche la "loro" risposta alle proprie esigenze (o aspettative, o fantasie).

In realtà il convegno ha messo piuttosto in evidenza una crisi di identità del medico, *tirillé* (come direbbero i francesi) fra lo storico e sempre più sbriciolato senso di onnipotenza e i limiti della medicina paradossalmente ancor maggiori oggi che le conoscenze scientifiche sono cresciute a dismisura. Il classico rapporto 1:1 si è modificato in x:1 (per  $x > 1$ , dove 1 sembra essere sempre e solo il medico).

Le professioni tradizionalmente forti sembrano essere entrate in crisi, ha sottolineato Sandro Spinsanti, ricordando pure il rovesciamento della piramide della disciplina citato da Corrado Augias: rivolta dei malati, ma anche dei genitori contro gli insegnanti, anche quelli che stimolano gli allievi a essere educati!

Le strategie per uscirne, oggi – secondo Spinsanti

–, possono essere almeno tre:

**1. Adottare una posizione di difesa:** bisogna sempre proteggersi e in qualche caso attaccare: "Mi hai accusato ingiustamente, dunque paghi" (variante "controffensiva": *à la guerre comme à la guerre*). Strategia povera di analisi e piuttosto istintiva, questa.

**2. Modificare il profilo della professione intervenendo nella**

**gestione del potere:** potere e responsabilità sono ridistribuiti (e se il medico non vuole ridistribuire il potere, il paziente se lo prende!). La crisi rappresenta così un'opportunità per ripensare il modo di fare il medico, tenendo conto dei cambiamenti culturali, positivi e negativi, intervenuti. Presupposto: accettare la fine della dominanza medica.

**3. Accettare la sfida di Giano.** (Giano era il dio dei passaggi, del divenire, degli inizi e della continuità, mentre Terminus proteggeva le proprietà terriere e dei confini dello stato, vendicando le usurpazioni territoriali; gli erano consacrate le pietre di confine, dette "termines"). Se Terminus è il dio chiuso, che trattiene il nuovo e la paura che lo connota, Giano è il dio delle aperture. La sfida di Giano sta nell'eccedenza della persona rispetto a tutto ciò che la limita, *eros* e *pathos* fanno parte costitutiva della vita (*eros*: desiderio e potere sulla vita, *pathos*: ciò che la vita ci costringe a subire), la pazienza (correlata al *pathos*) ci può far arrivare là dove l'azione non ci può portare. In questa visione c'è la giusta relazione con i professionisti della cura. Il trattamento ideale è triplice: 1. *Restitutio ad integrum* (quando è possibile). 2. La guarigione sufficiente (quando è necessario). 3. L'autorealizzazione personale (sempre).

Gli interrogativi principali nella direzione di Giano, sempre secondo Spinsanti, sono due di importanza fondamentale:

- Ci sono persone disposte a fare delle vicende della salute (malattia, cura, guarigione, cronicità, morte) un'occasione di maturazione personale?
- Ci sono medici disposti ad accompagnare le

persone in questa crescita, facendo del lavoro anche una preziosa occasione per la propria maturazione personale?

#### CHE COSA SPINGE A FARE SEMPRE DI PIÙ

1. Pazienti che aspirano a raggiungere la certezza della diagnosi e dell'assenza di malattia
2. Medici che tendono a prescrivere procedure diagnostiche in eccesso per evitare cause penali da omissione
3. Media che diffondono in modo acritico notizie entusiastiche su nuove procedure
4. Politici che invece di indirizzare le scelte strategiche in sanità preferiscono investire sulla tecnologia

(M. Bobbio: Sobrietà e rinuncia")

#### SAPER LOTTARE, SAPERSI ARRENDERE

"Un tempo pensavo che la cosa più ardua del mestiere di medico fosse acquisire le necessarie competenze. Ma non è vero (...) Mi sono reso conto che la cosa più difficile è capire dove comincia e dove finisce il nostro potere".

Atul Gawande: *Con cura*

La consapevolezza del limite potrebbe rappresentare in effetti la grande novità del medico dei prossimi anni. Una sorta di rivisitazione della grande massima di Socrate "so di non saper niente", senza spingersi peraltro ai suoi eccessi che tanto hanno stimolato il grande umorista Achille Campanile nelle sue *Vite degli uomini illustri*.

Se poi di fronte alla richiesta di certezze del paziente, il medico contrapponesse le proprie incertezze, forse il rischio di disagio si accrescerebbe da entrambe le parti.

Come ha chiaramente sottolineato Laura Belloni:  
... una politica sanitaria sana non solo non deve impedire, ma deve favorire la creatività collettiva e deve essere costruita in condivisione.

Non è tempo sprecato quello che si deve dedicare

a pensare e ripensare le linee generali delle varie organizzazioni.

La sanità in generale non può essere pensata e gestita come fosse un'azienda che produce oggetti, ma come un luogo di incontro fra persone in disagio, in difficoltà e impaurite. È quindi un luogo particolare con caratteristiche specifiche che devono far premio su qualsiasi altra considerazione.

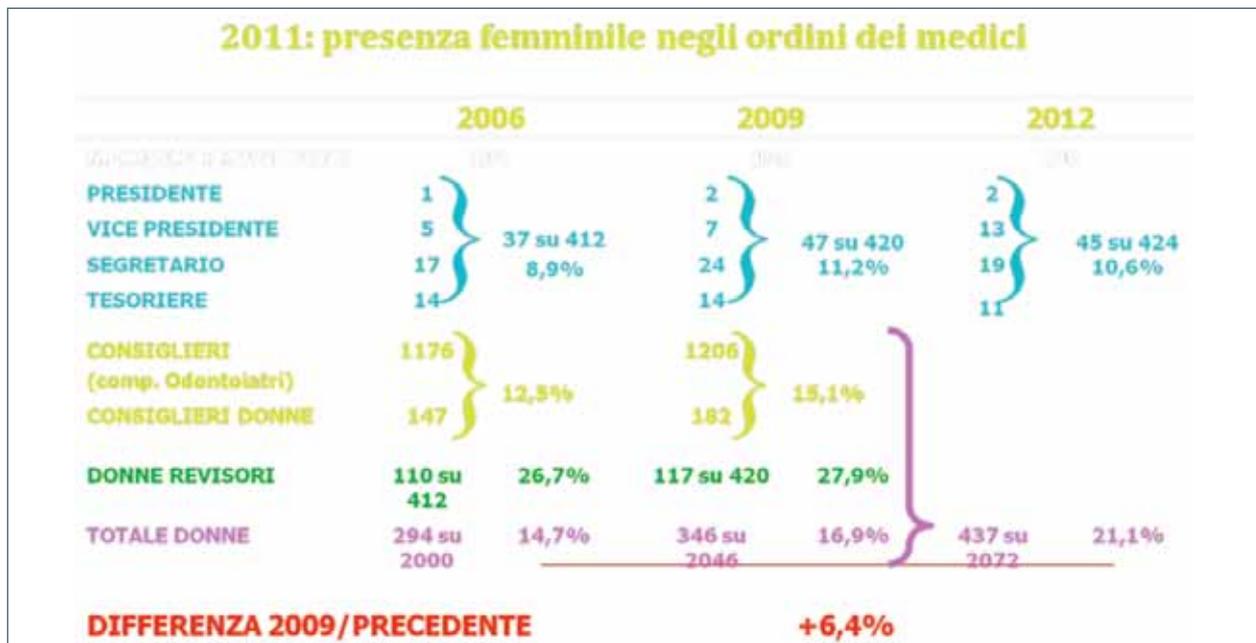
In profondità, nel vasto problema del disagio del medico, stanno poi due risvolti essenziali, quelli relativi alle donne e ai giovani. Ha ben sostenuto Teresita Mazzei, partendo da una visione non femminista e non populista, ma attenta e analitica della dinamica del mondo medico:

Se qualcosa abbiamo cominciato a fare per la componente femminile – e ben altro si dovrà ancora fare – poco o nulla abbiamo invece messo in campo per i giovani; ci sfugge il loro sentire, ci è oscura la loro visione della professione.

Sul piano del metodo, così come l'Osservatorio allo scopo individuato ha fatto emergere i significati più critici del tumultuoso crescere della componente femminile nella professione, altrettanto andrebbe fatto per i giovani acquisendo dati sulle prime occupazioni, seguendoli nei loro primi passi professionali, individuandone le criticità, i bisogni formativi, in buona sostanza per capire dove, come e chi costruisce la loro identità professionale, quella che segnerà il futuro di tutta la professione.

Si tratta di un'esigenza strategica, perché queste generazioni di professionisti dopo troppi anni di parcheggio formativo, accedono ad un mercato del lavoro che ha ridotto le tutele, ha dilatato le aree di precariato "mordi e fuggi" ed è sempre più avaro di occasioni per costruire progetti professionali stabili e culture di servizio alla persona ed alla collettività dense di valori etici e civili, quelle occasioni che sono state largamente disponibili alle nostre generazioni.

Tabella 1



La Tabella 1, presa a mo' d'esempio, indica l'impegno degli Ordini dei Medici a inserire in modo consistente la presenza femminile negli organici direttivi: maggior numero di candidate = maggior numero di rappresentanti nei consigli direttivi.

Effettivamente, la consapevolezza del proprio limite, può essere raggiunta anche con la collaborazione delle donne (una volta la medicina era praticamente esclusivo feudo maschile) e dei giovani colleghi (che i grandi titani della medicina, universitari,

ospedalieri e anche medici di famiglia quasi sempre snobbavano).

Nell'era dell'ultraspecializzazione e dell'ultra-tecnizzazione, in cui anche gli aspiranti a diventare medici passano attraverso il filtro del *numerus clausus*, la consapevolezza di non essere soli, ma di poter contare su altri, che ci permettano di superare il limite reso obbligato dalla realtà di oggi, può essere la via d'uscita più felice e forse la più strutturata cura per il curante.

TM

## Il sogno del dottore



Gemma Brandi, fondatore e direttore della rivista "Il reo e il folle" e della Società Italiana di Psichiatria Penitenziaria, ha lavorato clinicamente negli ambiti della giustizia e della salute, creando forme di scambio pratico e teorico tra le due aree. Dirige la Commissione di Psichiatria Penitenziaria della Società Italiana di Psichiatria Forense. Fa parte della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici di Firenze.

**S**alvo, in compagnia del Preside di Facoltà, Professor Gianfranco Gensini, per delle scale a chiocciola avveniristiche e scomode al tempo stesso, che conducevano alla stanza del Direttore Generale a me sconosciuto. C'era la brava Infermiera Coordinatrice del Servizio di cui ho la responsabilità e altre persone, amministrativi, segretarie, tizi misteriosi cui chiedevo qualcosa ottenendo vaghe risposte. Scale salendo domandavo anche al Professor Gensini notizie sull'oggetto dell'incontro, ma non riuscivo a venire a capo della mia curiosità. Mi sentivo preda di un imbarazzo confuso e di una vaga paura. Entravamo tutti in un piccolo vestibolo quadrangolare le cui pareti erano ricoperte da tendaggi di un verde screziato e sgraziato, cupo e sgradevole, anche queste disorientanti, labirintiche. Mi infilavo in una apertura del-

la tenda, ritrovandomi in una stanza vuota. Tornavo nel vestibolo e trovavo un altro varco, quello che mi avrebbe condotto in un ambiente senza finestre, privo di scrivania, con una luce che ricordava quella delle zone meno illuminate delle sale operatorie o forse dell'obitorio. Tutti stavano seduti in circolo su sedie, poltroncine, divanetti addossati alle pareti. Era rimasto un solo posto, peraltro molto stretto, accanto al Direttore Generale, su un rigido, scomodo sofà. Il Direttore Generale portava sul capo la papalina dei Pontefici e, nel clima raggelante della circostanza, arrischiavo una battuta: "Per essere arrivata per ultima, ho il privilegio di sedere alla sinistra del Padre...", battuta che cadeva inascoltata. Nessuno rideva, nessuno mi dava della impertinente. Venivo presentata come Gemma Brandi, mentre continuavo a sperare che prima o poi avrei capito la ragione di quell'incontro. Il Direttore Generale si rivolgeva a me, parlandomi nell'orecchio destro, la sua guancia destra appoggiata sulla mia guancia destra, lo sguardo rivolto verso la parete posteriore, per chiedermi sottovoce chi fossi. Gli rispondevo, sempre sottovoce: "Gemma

Brandi", con naturalezza, benché interdotta per essere stata appena presentata. Mi domandava quindi di cosa mi occupassi. Ed io: "Sono responsabile della salute mentale adulti di Firenze 4", tutto sempre sottovoce. Dall'altra parte silenzio. Aggiungevo quindi: "Forse sarebbe il caso di parlare di salute mentale...". Silenzio. Provavo ancora: "Magari anche del carcere...". Silenzio. Non mi pareva di potere tentare altre considerazioni. Il Direttore Generale manteneva la sua posa, lo sguardo rivolto verso la parete alle sue spalle, la sua guancia destra accostata alla mia guancia destra. Non udivo più niente e per un lunghissimo momento, finalmente interrotto dalla voce di mio marito che mi svegliava, sono rimasta lì a sperare che qualcuno intervenisse dall'esterno o a temere di avere detto qualcosa di inopportuno. Ero dominata da un senso di angosciante impotenza e dal timore di essere sopraffatta.

Il mio inconscio, cui è permesso quanto al soggetto cosciente è severamente proibito, vale a dire lapsus, dimenticanze, spostamenti, condensazioni, ingenuità, ha portato a galla il comune sentire di molti medici.

Intanto, la presenza rassicurante della infermiera con cui collaboro quotidianamente, permette di sfatare il mito secondo il quale il medico sarebbe invidiosamente arroccato su posizioni di difesa corporativa della supremazia professionale che fu. La interdisciplinarietà

attraversa la sua pratica quotidiana ed egli ne comprende il valore. Semmai si sente il servo scemo di un sistema in movimento, visto che il cammino della responsabilità non ha tenuto il passo della diversa distribuzione del potere decisionale.

Le scale avveniristiche/scomode dell'*incipit* del sogno rinviano al fatto che, alla sbandierata sofisticazione della cassetta degli attrezzi del medico, non facciano eco semplificazione e arricchimento del lavoro quotidiano. Di fatto, promesse futuribili e incitazioni al rinnovamento convivono con desuete risposte di cura e con la scarsa tendenza a divulgare le esperienze esemplarmente fruttuose, in uno scollamento intempestivo tra il livello di informazione in ascesa degli utenti e quello di una sanità che usa sistemi di valutazione poco atti a fotografare i servizi e non può dunque fornire dati aggiornati sulla

### GEMMA BRANDI

Psichiatra psicoanalista  
Responsabile Salute Mentale Adulti Firenze 4  
e Istituti di Pena Firenze - Azienda Sanitaria 10

efficacia di questi, né esportare pratiche felici, per un misto di resistenza competitiva e di accidia ignorante. A tale orizzonte poco luminoso si aggiunge un bagaglio sempre più pesante di incombenze burocratiche, che lo strumento informatico ha moltiplicato e che ghigliottina il tempo da dedicare alla relazione terapeutica, della quale in passato si nutriva la fiducia medico-paziente.

Nel sogno siedo con gli altri in cerchio, tra titubanza e sconcerto, paralizzata e incapace di pormi in maniera autorevole. Nella realtà il medico si sente accerchiato da una combinazione di attese e accuse, di equivoci e silenzi che lo tengono fermo all'angolo, un angolo dalla luce sempre più incerta e dalla atmosfera soffocante, come quella della stanza onirica. L'auspicio di trovare una via d'entrata, attraverso il vestibolo drappeggiato, ribalta quello di trovare una via di uscita dall'*impasse*, con il verde delle tende screziato sgraziato che smorza la speranza di rinnovamento.

Intanto il **medico** ha contribuito accettando talora l'inaccettabile, come incarichi per i quali non aveva la preparazione – nel sogno si reca a un incontro dal tema misterioso – o compiti che collidono con la stessa deontologia, così optando per quella che definisco responsabilità pericolosa. Serve quindi un richiamo etico a tutti noi perché non si ceda alla lusinga e alle pressioni che in maniera sempre più audace e indiscriminata il *marketing* e la politica esercitano, perché non si flirti troppo con il potere -rischio cui il sogno fa esplicito riferimento. Serve la generosa modestia di riconoscere le competenze dell'altro e non nascondere i meriti, un atteggiamento dello spirito alimentato dalla intelligenza, che ci rende capaci di imparare e permette al malato di cogliere l'aiuto di cui ha bisogno. *Oh rara avis*, considerato che l'inclinazione diffusa è di sogno opposto!

Il medico ha commesso poi l'errore di sposare la acritica promessa di guarigione, anticamera del miraggio di vivere in eterno. Questa brama ha orientato l'impegno dei curanti su tecniche sempre più esatte e risolutive (chirurgia estrema, cellule staminali, farmaci selettivi). Ma se la morte è un limite invalicabile, anche la guarigione è spesso utopia. Occorre che il medico non avverta come fallimento della sua azione terapeutica la cronicità della sofferenza. Solo così potrà sostenere davvero, il malato che non guarisce da una parte e l'uomo comunque, ad accettare la malattia e la vecchiaia, ma soprattutto a stare meglio, ad andare a braccetto con la sua diagnosi, con l'avanza-

re dell'età. Se la spinta ad osare nelle promesse di salute è largamente frutto del bisogno impellente di pubblicità della politica, nel quale il medico si trova irretito, il discredito delle attese disattese si riversa inevitabilmente copioso sulla categoria. Una medicina di annunci e di impegni spesso non mantenuti, ha indotto alla disistima del medico parte della utenza, lo ha indebolito. La distrazione che nel sogno può permettersi il Direttore Generale, non prestando ascolto al nome che gli viene presentato, sarebbe esiziale per il medico nella sua pratica.

Cosa ci hanno messo gli altri, quelli che medico non sono o non fanno, quelli che avrebbero dovuto aiutarlo a lavorare al meglio, per ridurre il professionista nella condizione impotente descritta dal sogno? Intanto hanno mortificato consapevolmente, con la perversione di presentare questo come un agito nell'interesse comune, un sapere indispensabile. Diceva Freud che il medico non dovrebbe vivere in miseria, perché l'infermo ha necessità di appoggiarsi a lui nel bisogno e non potrà farlo avvertendone la debolezza e gli assilli. La mortificazione qui indicata è però assai più grave, perché non riguarda soltanto la sfera economica, ma anche la dignità professionale dei medici, che hanno visto nel tempo assottigliarsi il riconoscimento delle loro competenze - una ferita annichilente per i giovani e demoralizzante per gli esperti. Dove è finito quanto il Professor Piero Barucci, noto economista, indica come il rapporto direttamente proporzionale tra volume di conoscenze e capitale di una impresa, se le conoscenze contano sempre meno nell'impresa sanitaria? Un medico non riconosciuto professionalmente e privato del suo tempo, la cosa più preziosa di cui l'uomo disponga, sottoposto a un *surmenage* burocratico stressante e all'aumento del carico di lavoro, che ha visto scadere qualitativamente la sua attività: ecco il medico del 2000 in Italia.

E infine, l'ordinario maltrattamento in corso d'opera, spesso nella indifferenza aziendale, attesta di quanto carente sia la tutela della funzione, frutto peraltro della ignoranza di questa. L'ente pensa più a proteggersi dal contenzioso che a salvaguardare gli operatori dalle aggressioni, in una gestione politica del conflitto che niente ha a che fare con il rispetto delle persone, dei pazienti per primi. Una gestione in cui a dettare legge, anche in materia di salute, sono, non tanto coloro che potrebbero contribuire a un miglioramento della risposta, ma chi in maniera arrogante e prepotente si impone al politico in cambio di promesse

TM

## Chi cura i curanti?

*Pubblichiamo questo intervento congiunto del Presidente dell'Ordine e del Chairman della Tavola Rotonda quale iniziale conclusione del convegno e impegno per successive iniziative*

**I**l titolo è volutamente provocatorio e vuol richiamare l'attenzione dei cittadini, dei politici, dei medici stessi, su un fenomeno diffuso in tutto il mondo industriale e che preoccupa le organizzazioni professionali e gli amministratori della sanità.

Chi cura i curanti? I medici si ammalano come ogni altro essere umano, non è questo il problema. Il problema vero è che viviamo uno dei periodi più entusiasmanti della storia della medicina ma, nello stesso tempo, più complicati, difficili e contraddittori, Mirabolanti scoperte e innovazioni tecnologiche

danno quasi un senso di onnipotenza ma, in realtà, è come se il controllo della medicina sfuggisse ai medici il cui vero potere non è quello sul paziente bensì quello di definire i limiti e i confini della medicina che oggi sembrano più in mano al marketing che alla scienza. Un quadro in cui si enfatizza la necessità del superfluo e appare uno scollamento tra prassi professionale e teoria.

Ciò crea disagi, insofferenza, frustrazioni, demotivazione, il "burn out", cioè la perdita della percezione positiva del proprio agire, che si manifesta con un fenomeno inusuale, il ricorso al pensionamento anticipato. Così, anche per i minori accessi dovuti al numero chiuso, tra pochissimi anni mancheranno intorno ai 60 mila medici, aggravando ulteriormente il peso del lavoro e il carico burocratico dei professionisti.

Nella medicina si intrecciano oggi tre diversi fenomeni. Vi è un incremento logaritmico delle conoscenze e delle tecniche, sempre più sofisticate, complesse, precise e ineliminabili per la cura. Tutto ciò esige un continuo aggiornamento, una *life for learning*, una capacità di adeguarsi quotidianamente all'evoluzione della scienza.

Però il rapporto tra medico e paziente è diventato più difficile; ci si informa su internet credendo così di sapere tutto, ci si aspetta dalla medicina il miracolo, la guarigione sempre, e spesso il miglioramento delle proprie performances psicofisiche. Il medico invece dispone di assai meno tempo a causa dell'aumento incontenibile della domanda sanitaria e vive, inoltre, sulla difensiva per il timore di richieste risarcitorie quasi sempre ingiustificate.

Infine la professione è subissata da una pressante e inutile burocrazia, costretta a piegarsi alla logica

degli amministratori, attenta sì all'equità ma spesso ristretta in budget incompatibili con le richieste dei cittadini e con l'offerta tecnologica. Purtroppo quelle che dovrebbero essere mere scelte professionali, le linee guida, divengono in tribunale una sorta di medicina basata sull'obbedienza ai magistrati, che spesso si sostituiscono ai professionisti nel decidere cosa è bene per il paziente. Ci si chiede di render conto di quel che si fa e di privilegiare la comunicazione. Fini che possono essere perseguiti se il ruolo sociale è certo e non continuamente svuotato nei fatti.

Altresì i contratti di lavoro sono disapplicati e non garantiscono neppure il naturale riposo. Sono contratti ancora maschilisti, mentre si femminilizza il mondo medico, e non tengono conto delle esigenze delle giovani dottoresse. Insomma ci si domanda se i medici abbiano troppo concesso alla politica o, invece, se siano stati troppo assenti laddove si decidono le sorti della sanità e della professione.

In conclusione, dalla quotidianità dei problemi sindacali alla riflessione sulla filosofia della medicina vi è un legame concreto che deve essere esplorato tutto, pena la perdita di quella indipendenza della professione che è la prima garanzia per i pazienti che hanno bisogno di un medico sereno e motivato, che abbia la possibilità di imporre al servizio regole di appropriatezza clinica e gestionale. L'Ordine di Firenze ha voluto richiamare l'attenzione su questo problema e avviare lo studio di soluzioni con lo scopo di riannodare il patto tra medicina e società per la tutela della salute. Il successo dell'iniziativa ci sprona a proseguire.

TM

GIANCARLO BERNI, ANTONIO PANTI

## Letti per voi

Toscana Medica 10/12



## See and Treat

Alessandro Rosselli

Giunti Editore

**A**lessandro Rosselli ha guidato la sperimentazione del *see and treat*, che ha già dato ottimi risultati, e ha anche coordinato il lavoro di molti specialisti, medici e infermieri, che ha portato alla pubblicazione di questo testo estremamente utile. Si tratta infatti, dopo una sintesi della riflessione che ha portato la Regione Toscana e il Consiglio Sanitario Regionale a decidere di introdurre questa pratica nel nostro sistema assistenziale, della descrizione analitica dei protocolli utilizzati dal personale, infermieristico o medico, che deve affrontare la casistica prescelta. Il testo, corredato da un'ottima iconografia, è senz'altro utile a chiunque si debba cimentare con le problematiche più semplici e comuni del pronto soccorso, ma rappresenta anche una utilissima sintesi delle basi anatomiche e fisiopatologiche di ciascuna evenienza, ed è completato da un agile

libretto, separato dal resto del testo, che descrive i protocolli in forma algoritmica e quindi idonea alla pratica quotidiana. Ma c'è un senso generale che riguarda le professioni sanitarie alla base di questa idea del *see and treat*, che è una delle innovazioni più importanti scaturite dal pluriennale lavoro dell'Osservatorio regionale sull'emergenza e urgenza, coordinato dal Prof. Giancarlo Berni. Quello di affrontare in mare aperto i problemi pratici di una medicina ormai nuova nelle tecniche, nelle cognizioni e nell'attribuzione di ruoli professionali, che si fonda sul lavoro interprofessionale, attento alla precisione della cura, alla tutela dal rischio clinico e alla soddisfazione dell'utente. La medicina è cambiata, è un dato di fatto, e pubblicazioni come questa, pur nella loro apparente semplicità, ne danno ragione e misura.

Antonio Panti



## Un passo avanti per prevenire il cancro

*La Regione Toscana offre anche quest'anno alle ragazze tra i dodici e i diciotto anni la prevenzione del tumore del collo dell'utero mediante vaccinazione anti HPV. Un'importante occasione per i medici, in particolare medici generali e pediatri, di contribuire alla prevenzione tumorale per le nostre figlie e per le nostre nipoti.*

**D**ue anni fa abbiamo superato in Toscana il 78% delle dodicenni vaccinate anti HPV con il ciclo completo delle tre somministrazioni in sei mesi. L'anno scorso siamo scesi al 72%. Segno forse dell'allentarsi di una tensione rispetto a una vaccinazione relativamente recente che ancora deve entrare nella prassi professionale di tutti. Per questo la nuova delibera regionale n. 678/2012, (per quanto la Toscana sia sempre tra le prime regioni per risposta vaccinale) offre la vaccinazione gratuita attiva (chiamando i genitori a vaccinare le figlie) per le coorti delle dodicenni e delle sedicenni, disponendo ugualmente la gratuità per le altre coorti fino a 18 anni, ma a richiesta e, infine, richiamando attivamente le diciottenni che non avevano risposto a suo tempo al richiamo.

Insomma un impegno forte, accompagnato da una campagna pubblica in grande stile con un messaggio positivo su un tema grave e drammatico quale il tumore che, al contrario del comune pensare, ormai può essere in molti casi prevenuto e curato.

Nel manifesto allegato a questo numero della rivista troverete le principali indicazioni operative, peraltro facilmente reperibili presso tutte le ASL, e alcune risposte alle principali domande che possono essere poste al medico. Sul sito regionale [www.regione.toscana.it/iointantomivaccino.it](http://www.regione.toscana.it/iointantomivaccino.it) sono disponibili ulteriori notizie, utili per i cittadini

e per i medici.

Il vaccino, praticamente privo di reazioni collaterali se non blande, conviene che sia somministrato prima dell'inizio dell'attività sessuale. Questo spiega la precocità dell'offerta alle giovani ragazze. I risultati ormai sono acquisiti dalla letteratura internazionale e sono decisamente positivi. Ecco perché, pur in tempi di ristrettezze economiche, la Toscana ha deciso di ampliare l'offerta in modo da proteggere, di fatto, tutte le coorti delle infradiciottenni.

Tutti sanno che la stragrande maggioranza dei tumori della cervice uterina, spesso giovanili, è legata alla presenza determinante del papilloma virus, in specie quei ceppi che sono peculiarmente colpiti dalla vaccinazione.

La tecnologia farmaceutica e la scienza moderna offrono ai medici un'altra occasione di migliorare le loro possibilità concrete di curare e di prevenire le malattie. Un'occasione di intervento sulla salute individuale e collettiva che risponde a tutte le moderne esigenze della sanità, compreso l'uso attento delle risorse. Infatti è evidente che la vaccinazione, per quanto costosa come intervento di popolazione, porterà sempre un risparmio rispetto ai costi sanitari, sociali, più che altro, umani di un tumore in una giovane donna. Un impegno della Regione cui si deve rispondere positivamente.

*Antonio Panti*

# Domande e risposte sul Papilloma Virus e il vaccino HPV

## 1. Che cosa è il papilloma virus umano (HPV)?

Il virus del papilloma umano (Papilloma virus o HPV) è responsabile del cancro del collo dell'utero (o carcinoma della cervice uterina), primo tumore riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come totalmente riconducibile ad una infezione.

Esistono circa 120 tipi diversi dal punto di vista genetico (genotipi) del virus HPV capaci di infettare l'uomo, un terzo dei quali associato a malattie (patologie) del tratto anogenitale, sia benigne che maligne. Di questi genotipi, il tipo 16 è responsabile di quasi la metà (50%) dei casi di cancro alla cervice uterina, il tipo 18 del 20% mentre i restanti del rimanente 30%. I genotipi 6 e 11 sono responsabili del 90% dei condilomi genitali.

## 2. Come si contrae questa infezione?

L'infezione da HPV è la più comune delle infezioni a trasmissione sessuale. Talvolta, per trasmettere l'infezione, è sufficiente un semplice contatto nell'area genitale (rapporto sessuale non completo). La presenza di portatori sani è molto frequente nella comunità. In genere sia l'uomo che la donna non presentano manifestazioni evidenti dell'infezione, sebbene siano in grado di trasmetterla. Il profilattico (o condom), deve sempre essere utilizzato per la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, ma non garantisce la completa protezione nei confronti del virus HPV.

## 3. Quali disturbi (sintomi) provoca l'infezione da HPV?

L'infezione da HPV, non determina alcun disturbo (sintomo) particolare. La maggior parte delle infezioni guarisce infatti spontaneamente senza conseguenze. Solo una minoranza di infezioni diventa cronica, ed è proprio in questa situazione che il virus, nel volgere di pochi anni, può indurre la comparsa di lesioni pre-cancerose (precursori del cancro). Infatti se queste non vengono riconosciute (con il Pap-test) e curate in modo appropriato, possono evolvere nel cancro della cervice uterina.

## 4. Come si affronta l'infezione da Papilloma virus?

Per l'infezione non esiste una cura specifica. Per prevenire o diagnosticare tempestivamente le alterazioni delle cellule del collo dell'utero che possono essere provocate dal virus HPV, occorre eseguire

regolarmente il Pap Test (Test di Papanicolau dal nome del suo ideatore). Si tratta di un esame atto ad indagare le alterazioni delle cellule del collo dell'utero. In questo modo è possibile accorgersi per tempo se si stanno formando alterazioni sospette dei tessuti del collo dell'utero. È evidente che la vaccinazione, non cura ma previene l'infezione.

## 5. Si guarisce dall'infezione?

Una volta che si sia acquisita l'infezione con uno o più tipi di papillomavirus, sono le difese dell'organismo che portano eventualmente alla guarigione nella maggior parte dei casi. I tipi 16 e 18 più facilmente sono responsabili delle cronicizzazioni, delle infezioni e del passaggio dopo oltre 10 anni al cancro della cervice.

## 6. Si può riprendere una seconda volta?

Sì, è teoricamente possibile prendere una seconda volta un'infezione con lo stesso tipo di HPV perché le difese, messe in atto dall'infezione naturale, sono intense e di breve durata: la lesione è localizzata e il virus non migra nel sangue.

Solo la vaccinazione determina livelli di difesa almeno 10 volte superiori a quelli naturali: essi persistono per più di 8 anni.

## 7. Qual è l'importanza dell'HPV nella generazione dei tumori alla cervice uterina?

L'infezione persistente da virus HPV oncogeni (capaci cioè di generare dei tumori) è una condizione indispensabile per poter sviluppare un tumore del collo dell'utero. In questi casi il virus penetra nelle cellule della mucosa (tessuto di rivestimento dell'utero) e le altera progressivamente fino a produrre delle lesioni pre-tumorali (denominate CIN-2 e CIN-3: che indicano alterazioni di medio ed elevato grado). Tale processo richiede tempi lunghi, anche di molti anni, e le lesioni possono essere curate se diagnosticate in tempo. La probabilità che un'infezione da HPV non guarisca spontaneamente, diventando cronica sembra dipendere dal tipo di HPV, ed è più elevata per l'HPV 16. Il virus HPV viene ritrovato nel 99.7% dei carcinomi della cervice uterina, e ciò indica proprio che senza un'infezione cronica da HPV non ci può essere tumore. Fumo di sigaretta, uso prolungato di contraccettivi orali, numero dei partner, contemporanea infezione da HIV ed aver avuto molti figli sono fattori favorevoli la possibilità di sviluppare il tumore.

## 8. La vaccinazione contro l'HPV 16 e 18 impedisce l'infezione?

La vaccinazione si è dimostrata capace di impedire l'instaurarsi delle infezioni acute da HPV dovute ai tipi virali contenuti nel vaccino, di evitare il passaggio alle infezioni croniche e di progredire fino alle lesioni pre-cancerose (necessarie per arrivare al tumore vero e proprio).

## 9. In che modo agisce questo vaccino per poter prevenire il tumore al collo dell'utero?

I vaccini ora disponibili sono costituiti da particelle simil-virali (come gusci vuoti del virus), che non hanno alcuna capacità di riprodursi o infettare l'organismo umano, ma che presentano una conformazione esterna assolutamente simile a quella dei virus vivi. Il sistema immunitario (sistema delle nostre difese) viene così stimolato a produrre anticorpi contro le proteine presenti sulla superficie del virus e quindi in caso di esposizione naturale all'infezione il virus viene bloccato prima che penetri nelle cellule delle mucose (tessuti di rivestimento) genitali. Ci sono due formulazioni diverse di vaccini contro virus HPV: una formulazione contiene le proteine dei virus HPV 16 e HPV 18, mentre l'altra contiene, oltre alle particelle simil-virali HPV 16 e HPV 18, anche quelle HPV 6 e HPV 11. Il vaccino ha un'azione preventiva e non è efficace quando i virus sono già penetrati nelle cellule delle mucose. Quindi la vaccinazione è primariamente rivolta a soggetti non infetti. Dato che la risposta immunitaria si è dimostrata più elevata nei soggetti giovani, che non hanno avuto ancora contatti con l'HPV, i destinatari primari dell'offerta in Italia sono le bambine che hanno compiuto 11 anni.

## 10. A chi è rivolta l'offerta gratuita del vaccino?

In Toscana l'offerta gratuita della vaccinazione, con chiamata attiva da parte della Azienda USL, è rivolta a tutte le adolescenti a partire dal dodicesimo anno di vita (undici anni compiuti). Il diritto alla gratuità della vaccinazione, anche in caso di adesione ritardata, permane fino al limite dei 18 anni non compiuti per l'inizio del ciclo vaccinale.

## 11. Tutte le ragazze che hanno diritto alla vaccinazione gratuita saranno contattate dalla Azienda USL?

L'Azienda USL di residenza provvederà ad invitare le ragazze nel dodicesimo anno di vita (undici anni compiuti) tramite l'invio al loro domicilio di una lettera di invito. L'invito a vaccinarsi sarà trasmesso anche alle sedicenni che non hanno risposto al precedente invito. Le ragazze nel tredicesimo, quattordicesimo, quindicesimo, diciassettesimo e diciottesimo anno di età, a cui spetta comunque gratuitamente il vaccino, potranno contattare l'Azienda USL per fissare un appuntamento.

## 12. Perché vaccinarsi nel dodicesimo anno? Non è troppo presto?

Sulla base dei dati a disposizione, anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda, come obiettivo più importante la vaccinazione delle ragazze prima dell'adolescenza.

L'invito con chiamata attiva è rivolto a tutte le ragazze nel dodicesimo anno di età (undici anni compiuti), perché in questa fascia è massimo il beneficio.

La somministrazione del vaccino prima dell'inizio dei rapporti sessuali è, infatti, particolarmente vantaggiosa perché induce un'efficace protezione prima di un eventuale contagio con il virus HPV, che si acquisisce di norma subito dopo l'inizio dell'attività sessuale, e perché la risposta del nostro sistema di difese (sistema immunitario) in questa fascia di età è maggiore di quella osservata nelle ragazze e nelle donne in altre fasce di età.

Aspettare *'ancora qualche anno'* perché *'mia figlia è ancora piccola'* può rappresentare un serio errore perché si perde un'eccellente opportunità di rispondere molto bene al vaccino, e di essere certamente protetti prima di qualsiasi possibilità di contagio.

## 13. Il vaccino è sicuro?

Entrambi i vaccini disponibili sono sicuri. Ne sono state somministrate centinaia di milioni di dosi nel mondo senza che siano stati descritti eventi gravi causati da essi. Alcuni effetti collaterali di lieve entità sono possibili in una parte delle ragazze vaccinate: essi consistono principalmente in dolore, rigonfiamento e rossore al braccio in cui è stato somministrato il vaccino, oppure mal di testa e malessere generale o, talvolta, febbre di grado lieve. Tutti questi effetti si risolvono spontaneamente senza alcuna conseguenza in pochi giorni.

## 14. Il vaccino è efficace?

Dagli studi clinici sulla sicurezza è emerso che il vaccino, se somministrato quando la donna non ha ancora avuto contatto con il virus, assicura una protezione molto elevata (90-100%) nei confronti delle lesioni precancerose provocate da HPV dei tipi 16 e 18.

## 15. Quali sono le controindicazioni alla sua somministrazione?

La vaccinazione è controindicata in caso di allergia ad una dose precedente dello stesso vaccino o ad uno dei suoi componenti. Inoltre non deve essere eseguita se si ha in corso una malattia acuta grave con febbre. In questo caso, la vaccinazione va rimandata a dopo la guarigione.

## 16. Le donne in gravidanza possono vaccinarsi?

Il vaccino **non** deve essere somministrato alle donne in gravidanza. Gli studi non hanno dimo-

strato problemi particolari per la madre o per il feto in caso di vaccinazione durante una gravidanza non ancora nota, ma le prove di non pericolosità del vaccino sono limitate, e sono necessari ulteriori studi.

### **17. Quanto dura l'efficacia del vaccino?**

Non è ancora noto in modo definitivo, anche perché l'applicazione della vaccinazione su larga scala è avvenuta negli ultimi 5 anni. Tuttavia, tutti gli studi effettuati sulle ragazze vaccinate da più lunga data non indicano al momento alcun calo della protezione. Se in futuro dovesse manifestarsi qualche calo di protezione a distanza di parecchi anni, sarebbe comunque possibile effettuare una dose di richiamo per ri-consolidare la protezione.

### **18. È possibile vaccinarsi oltre i diciotto anni?**

Sì, la vaccinazione è capace di stimolare la risposta anticorpale in donne di età più matura e di proteggere nei confronti dell'HPV, anche se le probabilità di aver già contratto le infezioni da virus prevenuti dal vaccino aumentano con l'età e quindi il vaccino diminuisce la sua efficacia. La vaccinazione è oggi possibile fino a 45-49 anni quale misura di prevenzione individuale.

### **19. È prevista la vaccinazione nei maschi?**

Non è prevista, al momento attuale, un'offerta gratuita della vaccinazione dei maschi perché non vi è per il maschio un tumore di altrettanta pericolosità e diffusione come il tumore della cervice uterina nella femmina. Tuttavia la vaccinazione è efficace anche nel maschio per prevenire i condilomi genitali e le lesioni pre-cancerose (lesioni che precedono la trasformazione tumorale: precursori del cancro) tipiche del sesso maschile (ano, pene, etc.). La vaccinazione del maschio è oggi possibile quale misura di prevenzione individuale.

### **20. Quali sono gli intervalli massimi consentiti nella somministrazione delle dosi del vaccino anti HPV perché la vaccinazione sia comunque efficace?**

È sempre raccomandabile seguire le indicazioni di utilizzo ottimale del vaccino anti-HPV (3 dosi ai tempi 0, 1-2 mesi, 6 mesi). Nei casi in cui questo non sia stato possibile, non è mai necessario ri-iniziare il ciclo vaccinale dall'inizio.

### **21. Quali sono i benefici attesi dall'estensione della vaccinazione?**

Trattandosi di malattie con un lungo periodo di sviluppo, tutti i benefici dell'offerta estesa della vaccinazione saranno visibili quando i gruppi vaccinati avranno una minore frequenza di lesioni precancerose (lesioni che precedono la trasformazione tumorale: precursori del cancro) dovute ai virus

HPV di tipo 16 e 18. In pratica si riscontrerà una reale diminuzione dei cancri al collo dell'utero.

### **22. Come si esegue la vaccinazione?**

Il vaccino prevede la somministrazione per via intramuscolare nel muscolo deltoide (parte alta del braccio) di una dose iniziale e due ulteriori dosi, dopo 1-2 mesi e dopo 6 mesi dalla prima.

### **23. Dove si esegue la vaccinazione?**

Ci si può vaccinare gratuitamente nei centri vaccinali delle Aziende Sanitarie Locali (AUSL) della Toscana.

### **24. Il vaccino sostituisce l'indagine periodica (nota come screening periodico o Pap test)?**

È necessario ricordare che il vaccino affianca **ma non sostituisce lo screening periodico (Pap-Test)** per il tumore della cervice uterina (collo dell'utero), attualmente raccomandato per le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, e da effettuare ogni 3 anni, perché il vaccino protegge dalle lesioni causate solo da due ceppi del virus HPV (16 e 18), responsabili del 70% dei cancri invasivi, mentre il Pap test triennale permette di identificare lesioni pre-cancerose (lesioni che precedono la trasformazione tumorale: precursori del cancro) legate a tutti i tipi di HPV anche quelli non inclusi nel vaccino.

### **25. Cosa è l'HPV test?**

#### **È necessario effettuarlo insieme al Pap Test?**

L'HPV test si basa sull'identificazione dei tipi di HPV che eventualmente abbiano infettato le vie genitali della donna: la sua esecuzione è indispensabile per stabilire i modi e i tempi successivi dell'intervento sanitario. In futuro, l'HPV test sostituirà nelle donne adulte il Pap\_Test.

### **26. Cosa dicono i dati preliminari derivanti dagli studi in termini di prevenzione delle lesioni precancerose?**

Abbiamo ormai i dati a distanza di 8 anni dalla vaccinazione. I risultati ottenuti sono ottimi e superano qualsiasi aspettativa: dopo 8 anni, in oltre il 99 per cento dei vaccinati, non si sono manifestate lesioni precancerose (cioè lesioni che precedono la trasformazione tumorale: precursori del cancro) dovute ai due tipi contenuti nel vaccino. Gli studi di farmaco-economia ne dimostrano la convenienza in termini di costo e benefici (sono concordi nel valutare positivamente il rapporto costo-benefici).

### **27. A chi rivolgersi per avere altre informazioni?**

È sicuramente importante parlare con il proprio medico o pediatra di famiglia e contattare il personale operante presso i centri vaccinali, consultori e centri socio-sanitari della Azienda Sanitaria Locale (USL) di residenza.

# Non solo RSA

## La risposta della Regione Toscana ai bisogni dell'anziano

### LO SCENARIO

La scelta della Regione Toscana in materia di *non autosufficienza* è costituita dalla legge regionale 66/2008 che ha istituito il Fondo per la non autosufficienza rendendo effettivo il diritto di presa in carico e di accesso ai servizi socio-sanitari per tutti gli anziani non autosufficienti di età pari o superiore ai 65 anni e fornendo cogenza normativa alla necessità di sostenere l'impegno delle famiglie nell'attività di cura e assistenza agli anziani, "al fine di **assicurare prioritariamente la risposta domiciliare e la vita indipendente**"<sup>1</sup>.

La legge e la successiva Delibera n. 370/2010, "Approvazione del Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente", sistematizzano e rendono organiche le fasi di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso l'organizzazione dei servizi assistenziali socio-sanitari e la creazione di una struttura capace di fornire informazione, accoglienza e certezza della presa in carico.

Tre sono gli elementi che caratterizzano il sistema:

- informazione e accoglienza presso sportelli dedicati (Punti insieme);
- valutazione multidimensionale del bisogno da parte di una équipe multidimensionale (Unità di Valutazione Multidisciplinare);
- realizzazione di un Progetto Assistenziale Personalizzato appropriato al bisogno dell'anziano;

Le risposte assistenziali previste dalla normativa prevedono l'attivazione di:

- interventi domiciliari socio-sanitari in forma diretta dal servizio pubblico;
- interventi in forma indiretta domiciliari o per la vita indipendente;
- inserimenti in strutture semi-residenziali;
- inserimenti temporanei o di sollievo in strut-

ture residenziali;

- inserimenti permanenti in strutture residenziali.

**Il percorso domiciliare**, ove appropriato, con riferimento alla situazione sanitaria e sociale dell'anziano, è dunque il **cardine** sul quale è costruita la L.R. 66/08.

BARBARA TRAMBUSTI  
 Dirigente Settore Residenzialità,  
 cure intermedie e protezione sociale  
 DG Diritti di Cittadinanza  
 e Coesione sociale Regione Toscana

Dal monitoraggio della spesa per il Fondo per la non autosufficienza 2010 emerge che circa il 68% delle risorse viene utilizzato per l'assistenza domiciliare, il

33% per interventi diretti, consistenti in assistenza sociale domiciliare, assistenza infermieristica domiciliare, assistenza domiciliare integrata e il 35% in interventi in forma indiretta, consistenti nell'erogazione di contributi economici di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia, per lo più finalizzati alla regolare assunzione di assistenti familiari (badanti).

L'obiettivo di tale legge è stato quello di migliorare l'integrazione delle prestazioni sanitarie, garantite dai livelli essenziali definiti a livello nazionale (LEA) con quelle a carattere sociale, sino ad oggi individuate da analoghi principi universalistici dalla normativa nazionale (L 328/2000) ma non riconosciute come livelli essenziali (LEPS) e quindi non quantificate né assicurate ai cittadini, garantendo contemporaneamente il criterio della omogeneità territoriale e di equità nella compartecipazione ai costi delle prestazioni.

Dal punto di vista economico la L.R. 66/08 aggiunge risorse nuove, ammontanti a circa 80 ml di euro l'anno – in origine di provenienza statale e regionale, **oggi di provenienza solo regionale (in quanto il fondo è stato azzerato a livello nazionale)** – a quelle storicamente utilizzate per i servizi e gli interventi verso la non autosufficienza, che le aziende sanitarie erogano attraverso il proprio budget aziendale secondo i parametri e gli indirizzi della programmazione regionale.

<sup>1</sup> L.R. 66/2008, Art. 7, comma 1: "Le prestazioni a carico del fondo sono erogate alle persone non autosufficienti, disabili e anziane entro i limiti e secondo le modalità previste dalla presente legge utilizzando il sistema dei servizi sociosanitari territoriali e sostenendo l'impegno delle famiglie nell'attività di cura e assistenza, al fine di assicurare prioritariamente la risposta domiciliare e la vita indipendente".

Il sistema fornisce ad oggi<sup>2</sup> risposte (prese in carico) a una popolazione di circa 50.000 persone: dal confronto fra i dati al 31 settembre 2012 e quelli al 31 dicembre 2011, considerato anche il trend in crescita determinato dall'implementazione dei dati nel sistema informativo, si può ragionevolmente sostenere che al 31 dicembre 2012 le segnalazioni del bisogno saranno pari a 80.000, le prese in carico a 65.000 e le erogazioni delle singole prestazioni interesseranno in totale circa 70.000 persone.<sup>3</sup>

In questo quadro di riferimento l'offerta costituita dalle RSA convenzionate rappresenta una delle modalità complessive con cui il sistema socio-sanitario regionale assicura le risposte ai bisogni di salute e di assistenza degli anziani non autosufficienti nel quadro definito dalla L.R. 66/08. Ci sono infatti persone nei confronti delle quali l'unica risposta possibile rispetto al bisogno mostrato – spesso spiccatamente sanitario ma oggi, ancora più spesso, sanitario e sociale insieme – è quella dell'inserimento in una Residenza Sanitaria Assistenziale.

Il ricorso al ricovero in RSA, pertanto, non può e non deve rappresentare nell'immaginario collettivo e nelle convinzioni degli operatori la peggiore delle soluzioni o lo sradicamento forzato dall'ambiente di vita dell'anziano, ma deve essere considerata una modalità assistenziale appropriata rispetto ad un determinato bisogno accertato da operatori professionali e basato sull'applicazione di criteri valutativi scientifici stabiliti da una normativa di dettaglio.

Del resto, il sistema residenziale toscano è disciplinato da una serie di leggi ed atti che in attuazione delle previsioni programmatiche, mirano a qualificare il processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti, a regolamentare i requisiti strutturali, professionali ed organizzativi delle strutture e a monitorarne i livelli qualitativi delle prestazioni<sup>4</sup>.

Ma qual è l'offerta delle strutture sul nostro territorio? Da qualche anno gli uffici regionali hanno attivato un censimento annuale, allo scopo di rilevarne tipologia, numero di posti autorizzati e convenzionati, moduli attivati<sup>5</sup>. Dai dati più recenti, emerge chiaramente che il panorama to-

scano è estremamente variegato e composito: le strutture residenziali di accoglienza per anziani sono 395 per un totale di 16.146 posti letto. Di queste 306 sono RSA per un totale di 13.769 posti, di cui 11.696 per non autosufficienti e di questi 9.708 convenzionati con il sistema sanitario.

La presenza del privato puro e del privato sociale e onlus supera in sommatoria il 50% sul totale delle strutture, sia in termini di proprietà della struttura che di gestione dei servizi, ma la situazione è assolutamente disomogenea a livello territoriale, con situazioni estremamente diversificate a livello di singola Azienda (Firenze 88% privato, Arezzo 64% pubblico).

### I LAVORI IN CORSO

Nel corso dell'ultimo anno, la Regione ha avviato un percorso di ascolto e attivato diversi gruppi di lavoro fra tutti gli attori coinvolti a diverso titolo nella gestione della non autosufficienza e della residenzialità, allo scopo di verificare l'effettivo funzionamento e la tenuta del sistema, dopo tre anni dall'approvazione della legge, anche in considerazione dei seguenti fattori:

- previsioni di crescita esponenziale della popolazione anziana: nei prossimi 10 anni 13,8% in Italia (Istat) e 11,1% in Toscana (Irpet);
- contrazione delle risorse disponibili: il fondo per la non autosufficienza è stato azzerato a livello statale e la Regione Toscana nel 2011 e nel 2012 utilizza fondi propri per mantenere lo stesso livello di finanziamento.

Tutti gli attori coinvolti a vario titolo nel processo intrapreso concordano sul fatto che il modello toscano, oltre ad essere uno dei pochi nel panorama nazionale che ancora continua a funzionare in assenza di risorse statali, presenta dei punti di forza che non possono essere messi in discussione:

- universalità dell'accesso;
- centralità dell'anziano e dei suoi familiari attraverso la presa in carico unitaria del bisogno;
- appropriatezza nelle risposte e personalizzazione del percorso di assistenza;
- integrazione dei servizi, dei professionisti e delle risorse.

La D.G.R. 1044/11 "Percorso di revisione del

<sup>2</sup> Dati al 30 settembre 2012.

<sup>3</sup> I dati sono stati rilevati dal sistema informativo NSIS (flussi AD RSA) al 30 settembre 2012 che registra il dato a prestazione in tempo reale. Le stime sono state effettuate mettendo a confronto il dato 2012 con quello 2011 ed effettuando le necessarie correzioni legate al trend di crescita mensile verificatosi nel 2012. Il dato delle segnalazioni e delle prese in carico si riferisce dunque a prestazioni e non "teste" mentre sul dato erogazioni è stato effettuato un incrocio di dati per calcolare le teste.

<sup>4</sup> L.R. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"; DPGR n. 15/r 26/03/2008 "Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge n. 41/2005" L.R. 82/2009 "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato" e successivo regolamento di attuazione ex DGRT n. 206/2010; DGRT 402/2004 "Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 e rideterminazione della quota capitarla sanitaria nelle RSA".

<sup>5</sup> La D.G.R. 402/07 stabilisce 4 tipologie diverse di moduli definiti sulla base del diverso livello di assistenza erogato a fronte di differente bisogno risultante dalla valutazione dell'anziano.

progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" e la successiva Proposta di deliberazione al Consiglio Regionale nr. 38 del 19/12/2011 "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015" delineano il percorso che la Regione Toscana vuole intraprendere in materia di assistenza alla persona anziana non autosufficiente, mantenendo, anzi rafforzando il proprio modello e rendendolo compatibile col diverso panorama socio-sanitario ed economico che ci circonda. Fra gli obiettivi previsti: perfezionamento delle procedure di valutazione dell'anziano, trasparenza delle liste di attesa in RSA, monitoraggio fisico e della spesa, sistematizzazione dell'offerta residenziale.

Molti sono dunque gli ambiti di intervento, ma fondamentali saranno il ruolo di governo della Regione da un lato e la capacità degli attori territoriali di ripensare la propria programmazione e i propri servizi in una logica di sistema e di sostenibilità che partendo dallo studio epidemiologico e dall'analisi dei bisogni, preveda il governo di tutti gli elementi del sistema attraverso l'analisi dei costi e la raccolta e sistematizzazione dei dati al fine di avviare un'attività strutturata di monitoraggio e valutazione.

In conclusione si tratta di rendere l'offerta più flessibile, studiando formule mutate anche da

esperienze europee all'avanguardia e che possano essere coerenti con il panorama toscano: fra queste potranno certamente esserci gli appartamenti protetti per anziani fragili – sul modello di Lastra a Signa – che sono però rivolti a persone autosufficienti, anche non anziane (>65 anni) che non hanno un bisogno sanitario ma piuttosto sociale. Ovviamente una tale soluzione ha lo scopo di ricreare per l'anziano fragile e solo quella rete sociale che per lui non esiste più e che può tenerlo ancora in salute a lungo, lontano da RSA e ospedali, attraverso una risposta che oltre ad essere appropriata è anche sostenibile.

Essenziali nel lavoro intrapreso saranno i risultati dei numerosi progetti avviati da Regione Toscana in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità e il Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa: qualità del servizio offerto dalle RSA, studio delle risposte appropriate per l'anziano affetto da demenza, mappatura e valutazione delle strutture. I risultati dei progetti, ai quali hanno partecipato attivamente gli operatori delle strutture toscane, saranno opportunamente condivisi e messi a disposizione del sistema, certi che essi possano costituire una base di riflessione e una cassetta degli attrezzi utile per la definizione dei passi da intraprendere.

## Consiglio Sanitario Regionale

### Percorso assistenziale, monitoraggio ostetrico-metabolico del diabete gestazionale

#### Parere 36/2012

Con parere n. 36/2012 del 5 giugno 2012 l'Ufficio di Presidenza del CSR ha approvato il documento del gruppo di lavoro istituito il 4 ottobre 2011 per la definizione del "Percorso assistenziale, monitoraggio ostetrico-metabolico del diabete gestazionale", gruppo coordinato dai dr. Carlo Buffi e Giancarlo Landini.

Il Diabete gestazionale rientra fra le patologie per le quali è indicato uno screening diagnostico che la Regione Toscana ha inserito a totale carico del Servizio Sanitario Regionale.

È una patologia che interessa il 5-10% di tutte le gravidanze, comporta una eccessiva crescita del feto, permette di identificare soggetti a rischio di diabete tipo 2 negli anni successivi al parto.

Stabilite le misure di screening e di diagnosi sulla base delle Linee Guida Gravidanza Fisiologica, il documento del CSR identifica misure di trattamento e monitoraggio.

Il team dedicato è multi professionale e la sua attività si struttura in:

- **Monitoraggio metabolico**, che prevede:
  - misure di educazione sanitaria;
  - insegnamento di un automonitoraggio glicemi-

co domiciliare;

- indicazioni dietetiche e di attività fisica;
- indicazioni di eventuale trattamento insulinico.

Vengono programmati incontri per verificare aderenza alla dieta e parametri fisici.

Le donne con diabete gestazionale vengono valutate con periodicità anche dopo il parto.

- **Monitoraggio ostetrico:**

Si articola in una fase prenatale, stimando periodicamente il peso fetale e valutando l'accrescimento mediamente ogni 4 settimane, e nel timing del parto.

Da sottolineare che il diabete gestazionale non è di per sé una indicazione al taglio cesareo, questo è elettivo in caso di peso fetale superiore a 4500 gr a 38 settimane.

*Il parere completo può essere scaricato dal sito della Regione Toscana:*

*[http://servizi.salute.toscana.it/csr/img/getfile\\_img1.php?id=22356](http://servizi.salute.toscana.it/csr/img/getfile_img1.php?id=22356)*

## Strutture sanitarie e specialisti di prodotto

### Parere 37/2012

Vista la richiesta di parere posta dalla Dirigenza Regionale - quesito 15/2012 - relativamente a "Strutture sanitarie e specialisti di prodotto", l'Ufficio di Presidenza del CSR, nella seduta del 5 giugno 2012, ha espresso parere favorevole alla completa accoglienza del documento "**Strutture sanitarie e specialisti di prodotto**" proposto come Linea Guida da Assobiomedica.

Si sottolineano alcuni aspetti significativi:

- Lo *specialist* può essere presente durante procedure medico-chirurgiche solo su richiesta del medico.
- La sua presenza deve essere autorizzata

dall'Amministrazione Aziendale e presuppone un coordinamento in materia di prevenzione e protezione dei lavoratori sul posto di lavoro.

- Lo *specialist* deve limitarsi a rispondere a quesiti posti dal medico relativamente a dispositivi tecnici, il suo eventuale coinvolgimento in procedure mediche o chirurgiche rappresenta un illecito penale.

*Il parere completo può essere scaricato dal sito della Regione Toscana:*

*<http://servizi.salute.toscana.it/csr/directory.php?idCartella=2023&mostra=all&cartelle=Y>*

## Commissione pediatrica Regionale

### Parere 43/2012

Il Consiglio Sanitario Regionale nella seduta del 5 giugno 2012 ha costituito la Commissione pediatrica Regionale designando quali componenti: Rino Agostiniani, Franco Bagnoli, Paolo Balestri, Roberto Bernardini, Paolo Biasci, Antonio Boldrini, Angela Brandi, Michela Camporeale, Amerigo Celandroni,

Flavio Civitelli, Carlo Dani, Maurizio De Martino, Claudio Favre, Valdo Flori, Luigi Gagliardi, Lorenzo Genitori, Iginio Giani, Marco Maria Mariani, Maria Teresa Mechi, Valentina Molesse, Alessio Nastruzzi, Giuseppe Saggese, Pierluigi Vasarri. Coordinatore: dr.ssa Monica Frassinetti.

## Fragilità nell'anziano

La nostra epoca, caratterizzata nel mondo occidentale dall'aumento della speranza di vita e dalla riduzione delle nascite, sta facendo emergere nuovi, generalizzati bisogni. È constatazione comune la progressiva riduzione dell'autonomia personale e sociale con l'aumentare dell'età. Tutto questo è certamente correlato alla presenza ed alla cronicizzazione di quadri di malattia quali lo scompenso di cuore, i disturbi cognitivi, l'insufficienza respiratoria ecc.

Tuttavia, indipendentemente dalla presenza di specifici quadri patologici, l'età si correla spesso con un'aumentata "vulnerabilità individuale". Di questo fenomeno da alcuni anni si occupano sempre più le Scienze Biologiche, arrivando all'identificazione di un cosiddetto "fenotipo fragile", condizione biologica che favorisce la progressiva riduzione dell'autonomia fino alla disabilità. La definizione più diffusa di "fragilità", è sintetizzabile in 5 punti: perdita di peso, facile affaticamento, riduzione della forza muscolare, riduzione dell'attività fisica, riduzione della velocità del cammino.

Riconoscere la "fragilità" può consentire la messa in atto di stili di vita e di iniziative che la letteratura riconosce come idonei ad arrestarne la progressione. Consapevole di questa nuova emergenza e della necessità di mettere in atto misure adeguate, la Regione Toscana nel Giugno 2011 ha incaricato il Consiglio Sanitario Regionale di predisporre una Linea Guida dedicata al tema "fragilità nell'anziano".

Iniziativa che a tutt'oggi è stata intrapresa, in ambito internazionale, solo dall'Amministrazione Sanitaria della Regione canadese "British Columbia".

Il gruppo di lavoro, composto da 31 professionisti con competenze diverse (sanitarie, sociali, bioetiche e amministrative) ha consultato la letteratura "evidence-based" recente (oltre 150 pubblicazioni) estraendone 8 Raccomandazioni rivolte essenzialmente al sistema delle Cure Primarie, che è alla base del modello sanitario toscano. Le 8 Raccomandazioni vanno da "sospettare la fragilità" (Raccomandazione 1), ad "analizzarla" (Raccomandazione 4), a "prevenire" la sua evoluzione (Raccomandazioni 5 e 6). Inoltre la Linea Guida fa riferimento all'"ospedalizzazione della persona fragile" (Raccomandazione 7) ed agli aspetti di bioetica relativi alla "condivisione delle informazioni" (Raccomandazione 8).

Con lo scopo di fornire ai Professionisti della Salute concreti strumenti di lavoro, la Linea Guida è integrata con un'"Appendice" dove vengono raccolti test, checklist, piani di "cura" con forte valenza operativa.

Nell'arco dei 12 mesi trascorsi dall'inizio delle attività, il Consiglio Sanitario Regionale è stato tenuto costantemente informato sull'andamento del lavoro e nel Luglio 2012 la Linea Guida definitiva verrà consegnata all'Ufficio di Presidenza, per essere poi diffusa in una serie di incontri con gli operatori già programmati per l'Autunno 2012.



# L'organizzazione sanitaria secondo percorsi d'eccellenza

## L'esempio della patologia epatica

### Introduzione

In un famoso discorso fatto a Indianapolis il 12 Aprile del 1959, l'allora senatore del Massachusetts John F. Kennedy fece notare che, scritta in cinese, la parola crisi è composta da due ideogrammi: uno rappresenta il pericolo e l'altro l'opportunità. Dalla stessa etimologia (dal greco *krisis*, a sua volta derivato da *krino* ovvero scegliere) derivano il verbo oggi assai poco usato cernere e i suoi composti decernere (decidere) e discernere (vedere indistintamente). Tutto questo ci fa comprendere come soprattutto in tempo di crisi sia possibile giudicare lucidamente cosa fosse giusto e sbagliato in ciò che è stato fatto sino a quel momento, vagliando le diverse opportunità e adottando le opportune correzioni.

Nell'attuale scenario economico e sociale è fondamentale ripensare all'organizzazione delle nostre strutture sanitarie costruendole su principi di adattabilità e sostenibilità. Nella pratica, i servizi sanitari del futuro dovranno strutturarsi in reti integrate che collaborano su ben definiti percorsi clinici costruiti sulla base dei bisogni dei cittadini. Tali sistemi dovranno superare il vecchio concetto del costo-efficacia e basarsi sul valore generato, ovvero, comprovato il fatto che siano efficaci ed appropriati nella gestione delle patologie, verranno giudicati per la qualità e la quantità dei servizi forniti.

Per questi obiettivi è richiesta la capacità di identificare le carenze strutturali, scientifiche ed organizzative, selezionare i percorsi sanitari prioritari, armonizzare reparti e professionalità complementari senza creare parallelismi e duplicazioni, creando invece dei partenariati che siano finalizzati alle esigenze dei cittadini. La selezione delle priorità cliniche dovrebbero basarsi su un complesso modello di interazione tra tutti gli attori coinvolti nella gestione della sanità (politici, managers, professionisti, pazienti, cittadini, industrie, università) che dovrebbero anche adoperarsi per plasmare la percezione popolare del valore della prestazione sanitaria.

Questo cambiamento presuppone una cultura collaborativa tra tutti i partecipanti al sistema, una capacità di armonizzare un'enorme quantità di interazioni non lineari e di promuovere il miglioramento continuo attraverso processi di valutazione e correzione.

In questa ottica si pone il problema di sviluppare dei percorsi ben definiti per i pazienti che devono usufruire di prestazioni che rientrano nelle così dette "alte specialità", ovvero tutte quelle che richiedono del personale specificamente formato ed un supporto logistico che sono ad esclusivo appannaggio di pochi centri. È ormai noto da alcuni decenni, come dimostrato da innumerevoli ricerche pubblicate su riviste indicizzate, che alcune

procedure di tipo chirurgico devono essere eseguite in centri ad "alto flusso", ovvero centri che trattano specificamente alcune patologie con elevati volumi annui di pazienti. Questo garantisce una riduzione statisticamente significativa della mortalità, della morbilità e dei tempi di ricovero garantendo una prestazione ottimale al paziente ed una spesa sanitaria notevolmente ridotta.

Il concetto di ospedale ad "alto flusso" è stato ormai ampiamente promosso ed accettato dalla comunità scientifica internazionale ed in alcuni paesi è una realtà consolidata da tempo. Nel Regno Unito, ad esempio, esistono tre centri autorizzati ad eseguire chirurgia epatobiliopancreatica dove ogni medico deve indirizzare i propri pazienti che necessitano di tali procedure. Questo ha permesso che venissero creati dei centri all'avanguardia non solo da un punto di vista assistenziale ma anche della ricerca clinica.

Da una inchiesta recentemente pubblicata su un settimanale italiano, risultava una estrema frammentazione della realtà sanitaria italiana con pochi centri che emergevano per risultati ben al di sopra



*Franco Filippini, spec. in Chir. dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva nel 1983, dal 1986 ha lavorato c/o l'Unità di Trapianto di Fegato dell'Hopital Cochin di Parigi. Dal 1991 è in servizio c/o l'AOU Pisana ed è Prof. Ordinario di Chir. Gen. all'Univ. di Pisa e Dir. della UO Complessa di Chir. Epatica e del Trapianto di Fegato. 2003-2007 è stato Coordinatore Reg.le della OTT e Pres. della AIRT. Dal 2004 è membro del Consiglio Direttivo della Soc. It. Trapianti d'Organo (SITO). Dal 2008 Pres. della Soc. It. per la Sicurezza e la Qualità nei Trapianti (SISQT). L'attività clinica e di ricerca applicata è orientata al trapianto di fegato ed alla chirurgia epatobiliare.*

FRANCO FILIPPINI

*Direttore della Unità Operativa Complessa di Chirurgia Epatica e del Trapianto di Fegato, AOU Pisana*

della media nazionale; nel caso della cardiocirurgia risultava che venivano eseguiti circa diciottomila interventi annui in oltre 120 unità operative contro gli oltre ventimila in 40 unità operative del Regno Unito. Nello stesso tempo il panorama dei trapianti di fegato vede da molti anni solamente due centri che eseguono oltre cento procedure annue (Pisa e Torino) e di converso la maggior parte dei centri che invece eseguono meno di venti procedure/anno.

Non sono lontani i tempi dei così detti “viaggi della speranza” verso la Francia e gli Stati Uniti dove, già negli anni Ottanta, veniva eseguita chirurgia di alto livello in pochi centri selezionati; la realtà chirurgica italiana è sicuramente cresciuta da allora ma molti passi sono ancora da compiere per colmare un gap con l'estero che, fino ad adesso, è stato colmato principalmente grazie alle competenze ed all'intraprendenza di alcuni professionisti che non di rado si formavano fuori dai nostri confini. È ormai innegabile il fatto che avere pochi centri dove si esegua chirurgia di alto livello garantisce alti volumi con migliori risultati e minor spesa. È quindi necessario, almeno nelle “Alte Specialità” e nelle Aziende Ospedaliere Universitarie, abbracciare il concetto del chirurgo superspecialista che si occupa di poche patologie, ma di elevata complessità e DRG ad alta rimborsabilità, e che richiedono una formazione di alto livello. Non va infine trascurato il fatto che centri che eseguono annualmente poche procedure superspecialistiche non saranno in grado di produrre una attività chirurgica adeguata a formare un giovane chirurgo (almeno 50 trapianti di fegato/anno).

Da alcuni anni l'U.O. di Chirurgia Epatica e dei Trapianti di Fegato è impegnata nella realizzazione pratica di questi postulati teorici. Il nostro Centro esegue annualmente oltre cento trapianti di fegato e un analogo numero di procedure di chirurgia epatobiliare maggiore comprendenti: reseziioni per metastasi epatiche, tumori epatici primitivi e tumori delle vie biliari. Questo è reso possibile grazie alla stretta collaborazione con i Colleghi Anestesiologi-Rianimatori altamente qualificati nella patologia epatobiliare e nei trapianti di fegato.

Grazie anche alla collaborazione con i radiologi dell'AOU Pisana, che negli anni hanno acquisito una grandissima competenza nella patologia epatobiliare, vengono eseguite numerose procedure di TACE (chemio-embolizzazioni trans-arteriose), TARE (radio-embolizzazione epatica trans-arteriosa), drenaggi biliari trans-epatici, TIPSS (shunt port-sistemico per via trans-giugulare) ed ERCP (collaborazione con il servizio di endoscopia chirurgica), offrendo un approccio diagnostico-terapeutico omnicomprendente al paziente affetto da patologia epatica. La politica del Centro è inoltre da sempre improntata alla formazione di chirurghi di giovane età nell'ambito della chirurgia epatobiliare e del trapianto epatico in modo da poter garantire una équipe di personale esperto e specializzato h24 per 365 giorni all'anno. Infine, da un punto di vista della ricerca clinica, il nostro Centro pubblica ormai regolarmente da anni lavori su riviste indicizzate e partecipa ai maggiori trials clinici internazionali sull'immunosoppressione nei pazienti trapiantati.

I due esempi più evidenti di questa strategia si esemplificano sia nella pratica clinica in urgenza (gestione del trauma epatico e della epatite fulminante), che dell'elezione (progetto di realizzazione di un sistema integrato ospedale-territorio per la rilevazione e gestione degli eventi avversi nei pazienti sottoposti a trapianto di fegato).

### **Rete di riferimento regionale per il trattamento dell'epatite fulminante e dei traumi epatici maggiori**

L'epatite acuta è caratterizzata da encefalopatia e dall'incapacità del fegato di svolgere le sue funzioni sintetiche in assenza di precedenti condizioni patologiche. Le cause possono essere diverse e la sopravvivenza varia dal 30 al 60% sulla base della eziologia. Il trattamento si basa sul supporto intensivo specialistico e, là dove non vi sia altra prospettiva di recupero, sul trapianto di fegato con una sopravvivenza che varia dal 60 all'80% a 10 anni.

Il centro di Pisa ha anche aderito al progetto “Italian Gate to Europe” dove viene garantita un meccanismo di scambio di organi con paesi limitrofi del bacino del mediterraneo proprio al fine di massimizzare l'opportunità dei pazienti italiani in condizioni di urgenze di ricevere un trapianto salvavita e dei pazienti stranieri, nelle stesse condizioni, di essere trasportati in Italia per essere sottoposti a trapianto. Il tutto regolato da ferree regole di trasparenza ed equità.

Dal 2001 al 2010, 37 pazienti sono stati posti in lista di attesa per trapianto di fegato per epatite fulminante e 33 (89.2%) sono stati sottoposti a trapianto. In media ogni potenziale ricevente ha ricevuto l'organo dopo un solo giorno di attesa (contro i 7 degli USA) permettendo di ottenere dei risultati di sopravvivenza di oltre il 75% ad un anno.

Al raggiungimento di questi risultati ha contribuito un sistema regionale chiaro ed efficiente che identifica nel centro di Pisa il riferimento per un determinato percorso terapeutico. Su base analoga negli ultimi anni il nostro Centro è stato frequentemente il riferimento per il trauma epatico trattando con successo molti pazienti sia con la chirurgia che con metodiche interventistiche, tra i quali 5 pazienti, che riportando un severo trauma epatico non altrimenti trattabile, sono sopravvissuti grazie ad un trapianto in regime di urgenza.

### **Progettazione e realizzazione di un sistema integrato ospedale-territorio per la rilevazione e gestione degli eventi avversi nei pazienti sottoposti a trapianto di fegato.**

Da diversi anni la Regione Toscana si conferma leader in Italia nel campo delle donazioni e dei trapianti. L'espressione più evidente di questa realtà sta nel numero di donazioni: nel 2009, si sono registrati nella nostra regione 48 donatori in morte cerebrale per milione di abitanti (pmp), rispetto ad una media nazionale di 21,2 pmp. Il Centro Trapianti di Fegato dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana conta più di 1300 trapianti di fegato effettuati dal 1996 ad oggi e con una popolazione in follow-up attivo di oltre 800 pazienti. La gestione di questi

pazienti richiede controlli routinari con esami ematochimici e strumentali. È pertanto fondamentale una stretta integrazione tra paziente, servizi sanitari territoriali e centro trapianti di riferimento che sia operativa sia nella routine che nell'urgenza. A questo deve associarsi un imponente attività di educazione terapeutica del paziente, che inizia già dall'inserimento in lista d'attesa.

Al fine di rispondere sempre di più alle esigenze del cittadino trapiantato è indispensabile una migliore integrazione tra il Centro Trapianti e le strutture sanitarie presenti sul territorio. Ciò potrebbe permettere di rispondere sia ai bisogni assistenziali di routine dei pazienti trapiantati che agli eventuali eventi avversi che possono manifestarsi, con risposte appropriate, sicure ed efficaci, in un'ottica di innovazione e miglioramento continuo dell'assistenza. È pertanto fondamentale creare una rete di collegamento tra il livello centrale (Centro Trapianti di Fegato della AOU Pisana) ed il territorio, rappresentato da:

- Reparti di Pronto Soccorso;
- Reparti Specialistici Ospedalieri;
- Medici di medicina generale;
- Laboratori di analisi;
- Distretti socio-sanitari.

La rete permetterebbe di creare un sistema di comunicazione diretta tra le diverse strutture, di coordinare i controlli di *routine*, gestire tempestivamente e con appropriatezza le eventuali complicanze sulla base di percorsi condivisi.

Il territorio diventerebbe pertanto il fulcro del sistema, assistendo il paziente in maniera appropriata, tempestiva laddove il beneficio ricadrebbe

principalmente sul cittadino, promuovendo l'innovazione e il miglioramento continuo delle prestazioni, e sulla società, con la riduzione dei costi attraverso l'appropriatezza della cura.

### Conclusioni

La selezione di specifici percorsi sanitari è una priorità attuale. Questo non solo per esigenze di tipo economico, ma anche al fine di garantire il miglioramento continuo delle prestazioni, del servizio e in ultima analisi della creazione di un servizio sanitario che sia realmente orientato al cittadino garantendogli livelli qualitativi e di sicurezza più elevati. È compito degli amministratori selezionare centri di riferimento regionali e nazionali ove patologie che richiedono altissimo livello specialistico e che sostengano costi altissimi, siano trattate. Ovviamente nell'organizzare questi processi è indispensabile tenere conto della multidisciplinarietà e complessa interazione di professionalità che concorrono a porre le condizioni per lo sviluppo di centri di eccellenza, ma è nella reale integrazione tra territorio e ospedale di riferimento che queste collaborazioni trovano effettiva realizzazione. Territorio e centri di riferimento devono confrontarsi seriamente sulla creazione di questi percorsi preferenziali e condivisi di trattamento e monitoraggio delle principali patologie come, nell'esempio delle patologie epatiche, i tumori primitivi e secondari del fegato, le epatiti virali, le principali condizioni di urgenza (traumi, epatiti fulminanti), le nuove forme di epatopatie dismetaboliche, in modo da creare una rete di riferimento e di sicurezza per il cittadino. **TM**

## LETTI PER VOI

# Gli artisti rinascimentali italiani scienziati della crescita del bambino

Ivan Nicoletti

Edizioni del Centro Studi Auxologici

**L**e Edizioni del Centro Studi Auxologici pubblicano l'ultima fatica di Ivan Nicoletti, uno dei maggiori rappresentanti della scienza della crescita. Un breve testo bilingue (italiano e inglese) corredato di una ricca e selezionatissima iconografia. Ivan coglie l'evoluzione antropologica sia del concetto di crescita che dell'attenzione al bambino, che cessa di essere un piccolo adulto per diventare soggetto autonomo di una fase fondamentale della vita e oggetto di osservazione scientifica e di più consapevole coinvolgimento sociale. La svolta avviene in quello straordinario periodo che fu il Rinascimento italiano, fiorentino in particolare, e Nicoletti la espone attraverso l'esplorazione delle meravigliose trasformazioni espressive della pittura e del disegno rinascimentale. Basta il confronto tra la Madonna col Bambin Gesù di Cimabue e quella di Pietro Lorenzetti in cui il Bambino guarda la Madre con quello sconfinato amore privo di ogni condizionamento che è

proprio di quell'età. Ma cambia non solo la descrizione degli affetti e la capacità di cogliere le emozioni anche nei fanciulli. I pittori del Rinascimento furono anche scienziati e studiosi del corpo umano, quasi a carpirne la bellezza nelle proporzioni fisiche e a rappresentarne, con l'accuratezza delle immagini, i momenti tipici della crescita e dello sviluppo fisico e cognitivo verso la pienezza dell'età adulta, cogliendone tuttavia gli aspetti concreti, del tutto negletti fino allora, del fanciullo che gioca o che, adolescente, si ribella. Comincia quell'indagine sulla realtà da cui nasce la scienza moderna. Nicoletti coglie tutto questo con l'occhio attento del medico e l'intelligenza critica dell'uomo colto. E coglie un messaggio forse oggi smarrito, lo stretto legame tra bellezza e scienza, tra etica dell'attenzione ai piccoli e sviluppo della libertà dell'uomo contro ogni intollerante dogmatismo.

Antonio Panti



Grazia Grazzini, Laurea in Medicina e Chirurgia nel 1985. Spec. in Allergologia e Immunologia Clinica nel 1988 ed in Oncologia nel 1990. Dal 1991 lavora c/o il CSPO (oggi ISPO Istituto Studio e Prevenzione Oncologica) come Dirigente Medico. Dal 1992 è Resp. Org.vo del programma di screening coloretale della ASF. Socio fondatore del Gruppo Italiano Screening coloretale. Collabora dal 2005 dell'Osservatorio Nazionale Screening.

# La colonografia TC ed il suo impiego nello screening del carcinoma coloretale

## Il progetto save

### INTRODUZIONE

Sono disponibili ad oggi numerose evidenze che documentano l'efficacia dei programmi di screening basati sulla ricerca del sangue

occulto fecale o sulla sigmoidoscopia nel ridurre l'incidenza e/o la mortalità per cancro coloretale. Ciononostante, il dibattito su quale politica di screening sia la migliore e sul ruolo di altri potenziali test di screening è molto acceso nella comunità scientifica. In quest'ambito, il possibile impiego della colonografia TC come test primario per lo screening del CCR sta suscitando un interesse sempre maggiore.

La colonografia TC, detta anche colonscopia virtuale, è una tecnica radiologica di recente introduzione che consente di esaminare la superficie interna del colon mediante tomografia computerizzata. L'indagine consiste nell'acquisizione TC di sezioni a strato sottile del colon, adeguatamente preparato con catartici ed insufflato con aria o CO<sub>2</sub>, e nella successiva analisi delle immagini bidimensionali e tridimensionali; queste ultime consentono la navigazione virtuale nel lume del viscere.

La colonografia TC ha dimostrato di essere molto accurata nella diagnostica delle lesioni neoplastiche del colon-retto, come reso evidente da numerosi studi che riportano una sensibilità per cancro e adenoma avanzato comparabile a quella della colonscopia.

Un grande vantaggio di questa tecnica è che può essere eseguita con una preparazione intestinale ridotta, con fastidio limitato per il paziente.

La sua sicurezza è inoltre molto elevata; infatti, solo in casi eccezionali, la colonografia TC ha provocato una perforazione intestinale legata all'eccessiva insufflazione colica.

Come tutti gli esami radiologici, la colonografia TC espone il soggetto a radiazioni ionizzanti.

Tuttavia il rischio radiologico è ridotto sia perché si impiegano protocolli di acquisizione TC a bassa dose, sia perché, nell'ottica dello screening, la colonografia TC viene proposta a soggetti di età superiore ai 50 anni.

Attualmente le principali indicazioni della colonografia TC sono rappresentate dal completamento dell'esame

del colon dopo colonscopia incompleta e dal suo impiego nei casi di rifiuto o di controindicazioni alla colonscopia. Inoltre numerose società scientifiche internazionali, fra le quali l'American Cancer Society, hanno inserito la colonografia TC tra gli esami consigliati per la prevenzione individuale del cancro coloretale.

### IL PROGETTO SAVE

#### Gli obiettivi

Il progetto SAVE è uno studio prospettico monocentrico randomizzato di confronto tra ricerca sangue occulto fecale, colonografia TC con diagnosi assistita dal computer e colonscopia come test primari nell'ambito del programma di screening coloretale in corso nel territorio dell'Azienda USL 10 Firenze, la cui erogazione è affidata all'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica. Il progetto è finanziato dalla Regione Toscana ed il protocollo dello studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Azienda USL 10 Firenze.

GRAZIA GRAZZINI<sup>1</sup>, LAPO SALI<sup>2</sup>,  
NICOLA IANNICIELLO<sup>3</sup>, MASSIMO FALCHINI<sup>4</sup>,  
CHIARA NERI<sup>1</sup>, EUGENIO PACI<sup>1</sup>,  
GIANNI AMUNNI<sup>1</sup>, STEFANO MILANI<sup>2</sup>  
E LO WORKING GROUP PROGETTO SAVE\*

<sup>1</sup> Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

<sup>2</sup> Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Università di Firenze

<sup>3</sup> Chirurgia P.O. S. Giovanni di Dio, ASF

<sup>4</sup> SOD Radiologia dell'Apparato Digerente Diagnostica e Interventistica, AOU Careggi, Firenze

\* Working Group: Francesca Carozzi<sup>1</sup>, Guido Castiglione<sup>1</sup>, Beatrice Mallardi<sup>1</sup>, Paola Mantellini<sup>1</sup>, Leonardo Ventura<sup>1</sup>, Marco Zappa<sup>1</sup>

Il progetto SAVE ha come obiettivi principali la valutazione comparativa:

- dell'adesione all'invito nelle tre strategie di screening;
- della resa diagnostica e del tasso di invio a colonoscopia della colonografia TC una tantum confrontata con quella che sarà registrata in tre round del test del sangue occulto fecale biennale;
- dei costi delle tre strategie di screening.

Scopo ancillare dello studio, ma di grande interesse, è l'allestimento di una banca biologica di campioni di feci e sangue nei soggetti che si sottopongono alla colonografia TC ed alla colonoscopia, che potrebbe consentire future ricerche in ambito biomolecolare.

### Il disegno dello studio

Lo studio è partito a Ottobre 2012 e recluterà soggetti di ambo i sessi residenti nella città di Firenze, di età compresa tra i 55 e i 64 anni, mai invitati allo screening, che saranno randomizzati in tre bracci:

- 1° braccio: 5.000 soggetti invitati a colonografia TC. In caso di non risposta, un reminder sarà inviato dopo 3 mesi;
- 2° braccio: 8.000 soggetti invitati a ricerca sangue occulto fecale con intervallo biennale per tre round, seguendo le procedure abituali del protocollo di screening;
- 3° braccio: 1.000 soggetti invitati a colonoscopia. In caso di non risposta un reminder sarà inviato dopo 3 mesi.

I non rispondenti al reminder, sia del 1° che del 3° braccio, saranno invitati dopo ulteriori 3 mesi ad eseguire la ricerca del sangue occulto fecale, in modo da garantire loro il test di screening previsto nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tutti i soggetti randomizzati riceveranno un opuscolo informativo con indicati gli scopi del progetto ed una lettera personalizzata, con cui sa-

ranno invitati ad effettuare il test relativo al loro gruppo di randomizzazione.

Gli esami coloscopici saranno effettuati presso il Servizio di Endoscopia dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica. Le colonografie TC saranno eseguite con un modello organizzativo di teleradiologia. Infatti, gli esami verranno effettuati in due sedi diverse (l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi e l'Ospedale San Giovanni di Dio della Azienda USL 10 Firenze) ed inviati ad un unico centro di refertazione dove saranno interpretati da radiologi esperti con l'ausilio di un sistema di diagnosi assistita dal computer.

I soggetti con riscontro alla colonografia TC di una massa colica o di un polipo maggiore o uguale a 6 mm saranno invitati ad eseguire la colonoscopia, allo stesso modo dei soggetti risultati positivi alla ricerca del sangue occulto nelle feci.

I soggetti negativi all'esame di primo livello verranno informati del risultato del test tramite lettera postale. A tutti i soggetti del braccio colonografia TC e del braccio colonoscopia saranno somministrati questionari pre e post-esame, mirati a raccogliere giudizi comparativi sull'accettabilità delle due metodiche.

### CONCLUSIONI

Lo studio SAVE, tra i primi al mondo a valutare l'impiego della colonoscopia virtuale in un setting di screening di popolazione, fornirà indicazioni riguardo l'adesione/accettabilità, la resa diagnostica e la sostenibilità, sia in termini economici che organizzativi, di uno screening con colonografia TC rispetto al test validato (ricerca sangue occulto fecale).

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [g.grazzini@ispo.toscana.it](mailto:g.grazzini@ispo.toscana.it)

TM



EDIZIONI TASSINARI  
FIRENZE

## STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati

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

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

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

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

[www.edizionitassinari.it](http://www.edizionitassinari.it) - [pre.stampa@edizionitassinari.it](mailto:pre.stampa@edizionitassinari.it)



Paolo Nardini, laureato e specializzato all'Univ. degli Studi di FI, si è sempre occupato di oncologia cutanea. Dal 2004 lavora all'ISPO (ex Cspo), inizialmente come libero professionista a contratto e successivamente come dirigente medico nella S.C. Prevenzione Secondaria e Screening, occupandosi a tempo pieno del "Servizio di Diagnosi Precoce del Melanoma".

# L'attività del Servizio di Diagnosi Precoce del Melanoma dell'ISPO

## (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica) - Firenze

**I**l melanoma cutaneo rappresenta una neoplasia in continuo aumento in tutti i paesi di tipo occidentale; tale dato è confermato anche per l'Italia e per la Regione Toscana, dove, dal 1998, il melanoma rientra nei programmi regionali per la lotta ai tumori (delibera n. 18 del Consiglio Regionale). Per le sue caratteristiche cliniche ed epidemiologiche, lo strumento ad oggi più efficace nella lotta al melanoma è la diagnosi precoce che permette l'asportazione chirurgica della neoplasia senza particolari danni/limitazioni per il paziente e garantisce la guarigione in oltre il 90% dei casi.

La strategia preventiva in atto nella Regione Toscana si basa su una modalità di percorso cosiddetta "a piramide" (Figura 1): alla base della piramide troviamo l'educazione/informazione della popolazione con l'invito all'esecuzione dell'autoesame cutaneo; i soggetti portatori di lesioni cutanee dubbie si rivolgono al primo filtro sanitario: il medico di medicina generale. Nei casi di sospetto diagnostico confermato, si ricorre alla visita dermatologica che rappresenta l'apice della piramide. Nell'ambulatorio specialistico, dove operano dermatologi esperti nella diagnosi dei tumori cutanei, verrà effettuata la visita clinica, l'esame dermoscopico ove necessario (metodica non invasiva) e, dove l'orientamento sia per neoplasia o lesione dubbia, la biopsia. Il ruolo del medico di medicina generale risulta fondamentale per il buon funzionamento ed efficienza di tale percorso a piramide, ed è indirizzato, a fare una valutazione delle lesioni pigmentate dei propri pazienti, anche in occasione di visite effettuate per altri motivi.

Questo sistema organizzativo ha permesso di avere una distribuzione sul territorio regionale degli ambulatori qualificati in grado di soddisfare le richieste dell'utenza in modo omogeneo per possibilità di accesso e qualità di prestazioni.

Tale modalità risponde al concetto di "RETE" su cui si fonda l'Istituto Tumori Toscano (ITT).

L'ISPO nella struttura di V.le Volta 171, Firenze - ha attivato, dal maggio 2004 (allora CSPO), un Servizio di Diagnosi Precoce del Melanoma che per circa 2 anni ha avuto una fase "sperimentale" in cui si sono potute valutare le potenzialità del servizio stesso. Dal marzo 2011 il servizio ha sede a Villa delle Rose. Dal 2006, dopo un incremento progressivo dell'attività di visita clinica, anche per una sempre crescente sensibilizzazione e conseguente richiesta da parte dell'utenza, il Servizio, a completamento del per-

PAOLO NARDINI<sup>§</sup>, ALESSANDRA CHIARUGI<sup>§</sup>,  
CHIARA NERI<sup>#</sup>

<sup>§</sup> S.C. Prevenzione Secondaria e Screening, Servizio Diagnosi Precoce Melanoma ISPO Firenze  
<sup>#</sup> Direttore Sanitario ISPO



Figura 1 - Strategia Preventiva del melanoma in Toscana

corso diagnostico, è stato integrato dall'attività di verifica bioptica. Il paziente viene invitato alla visita completa anche quando inviato per una lesione specifica piuttosto che per una visita generale di prevenzione. I dati anamnestici specifici e i principali fattori di rischio vengono raccolti e annotati su scheda elettronica consultabile e aggiornabile ad ogni nuovo accesso del paziente. Al termine di ogni visita viene rilasciato un referto scritto in cui sono riportate eventuali indicazioni per i controlli successivi ed una serie di consigli relativi alla pratica dell'autocontrollo, oppure dove necessario si procede all'intervento bioptico con esame istologico.

La presa in carico completa del paziente è stato uno degli obiettivi del Servizio, per cui in caso di risposta istologica positiva per melanoma il paziente, opportunamente informato, viene successivamente inviato, secondo un percorso precedentemente stabilito e ormai consolidato, al Centro di Riferimento Regionale per il Melanoma, presso l'Ospedale S. Maria Annunziata dove viene eseguito il successivo intervento di allargamento ed eventuale esame del linfonodo sentinella qualora i parametri istologici della neoplasia lo rendano consigliabile o necessario. In questo modo si è riusciti a creare un Percorso Diagnostico di buona efficienza che mira ad ottimizzare i tempi di attesa e ad accompagnare il paziente in ogni fase.

Riportiamo di seguito i dati più significativi dell'attività del Servizio nel triennio 2009-2011.

Nel triennio 2009-2011 sono state effettuate 16.792 visite di prevenzione oncologica + 866 visite di *follow up* per pregresso melanoma e carcinoma cutaneo per un totale di 17658 visite. Al termine della visita è stata ritenuta necessaria: una visita successiva in un periodo variabile fra 3 e 12 mesi in circa il 46,4% dei casi e l'autocontrollo per assenza di lesioni sospette e/o assenza di fattori di rischio rilevanti nel 46,4% dei casi; la biopsia diagnostica nel 7.2%. Sono stati eseguiti 2183 interventi (cifra comprendente anche la rimozione, su richiesta del paziente, di nevi dermici

traumatizzati o sottoposti ad irritazione), di cui 1400 a vero scopo diagnostico: 1004 biopsie escisionali e 396 biopsie incisionali.

I relativi esami istologici hanno dato il seguente esito: 179 casi di melanoma, (comprendenti anche 8 melanomi inviati direttamente all'OSMA per le ampie dimensioni o sedi particolari), 448 epitelomi (suddivisi in 416 carcinomi a cellule basali e 32 carcinomi a cellule squamose), 359 nevi con atipie istologiche e 67 cheratosi attiniche (lesioni precancerose). Nei restanti casi si trattava di nevi di tipo comune o altro. Per valutare l'efficienza diagnostica del servizio abbiamo calcolato il "Melanoma Detection Rate" (MDR) (percentuale di melanoma confermato istologicamente sul numero di visite) che è risultato di 1.01 che equivale ad 1 asportazione di melanoma ogni 95 visite eseguite.

Il Tumor Detection Rate (TDR) (che comprende: numero di melanomi, carcinomi basocellulari e spinocellulari) è risultato di 3.55%, equivalente quindi ad 1 tumore ogni 28 visite; il TDR sale a 3.93% includendo anche le cheratosi attiniche, quindi abbiamo un referto positivo ogni 25 visite. Il Valore Predittivo Positivo (PPV), ossia il numero di tumori confermato istologicamente rispetto al numero di lesioni asportate con reale finalità diagnostica, è risultato 45% per melanoma, carcinoma a cellule basali e carcinoma a cellule squamose, e 49.6% se includiamo anche le cheratosi attiniche; quindi ogni 100 asportazioni diagnostiche circa il 50% sono risultate effettivamente positive.

Andando ad osservare più da vicino le caratteristiche dei melanomi asportati all'ISPO, questi sono risultati 72 in situ e 99 invasivi. Di quest'ultimi 82 erano sottili (cioè con spessore < 1 mm) 14 con spessore compreso tra 1 e 1,99 mm e 3 con spessore > 2 mm.

Il servizio di Diagnosi Precoce del Melanoma dell'ISPO presenta un'attività clinica che è stata

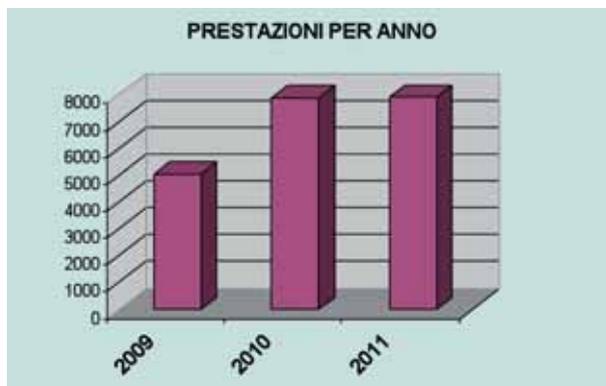


Figura 2 - Totale delle prestazioni del Servizio Melanoma per anno

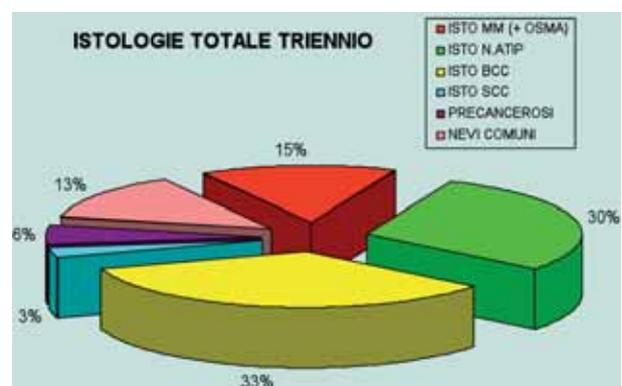


Figura 3 - Grafico con le diagnosi istologiche in percentuale

nel tempo incrementata anche a fronte della crescente richiesta di visite nel campo della Prevenzione Oncologica Dermatologica. L'istituzione di un percorso diagnostico che va dalla prima visita alla diagnosi e se necessario alla terapia chirurgica e medica, ha rafforzato un "senso di protezione e presa in carico" per il paziente, che sente effettivamente di essere seguito, con tempi di attesa fra uno step e l'altro compatibili con una buona efficienza, quale quella richiesta ad un percorso per patologia oncologica.

L'analisi dei dati ha confermato il ruolo chiave dei Servizi di Diagnosi Precoce come elemento basilare nella lotta al melanoma; infatti come evidenziato nella Figura 4, la gran parte dei melanomi afferente ad un Servizio specifico di Diagnosi viene diagnosticata in una fase molto iniziale dell'evoluzione, con il 40% dei casi in situ ed il 46% invasivi con spessore inferiore ad 1 mm, che risultano pertanto ad ottima prognosi. Rispetto ad esperienze nazionali ed internazionali, in cui l'accesso non è in alcun modo "filtrato", l'efficienza diagnostica del nostro Servizio è risultata più alta: l'esperienza australiana e quella degli USA hanno mostrato un MDR di 0,2 (PPV 28%) e 0,15 rispettivamente; dati di un programma di scree-

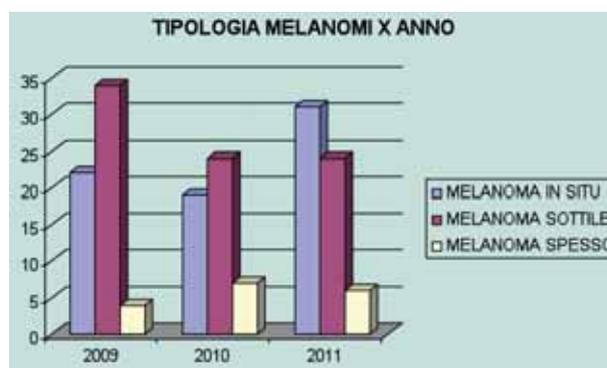


Figura 4 - Diagnosi di melanoma per categorie di spessore per ogni singolo anno

ning in Massachussets e a New York riportano un MDR di 0.35% analogamente ad una esperienza in Olanda ed in Grecia. L'andamento del Nostro Servizio negli ultimi 3 anni esaminati è inoltre risultato in linea con quello verificato in una precedente *survey* condotta a livello regionale nel 2004 dove sono stati coinvolti i centri di diagnosi diffusi sul territorio toscano (in VI rapporto annuale - dati 2004 - "I programmi di *screening* della regione Toscana").

TM



Sebastiano Giallongo, medico chirurgo, Direttore della S.O.S. Nutrizione Clinica dell'Azienda Sanitaria di Firenze, Coordinatore Didattico per la Toscana della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo, Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Firenze, autore e coautore di 70 lavori scientifici attualmente editi a stampa.

## L'uso della gastrostomia endoscopica percutanea in nutrizione clinica

### La gastrostomia endoscopica percutanea

La gastrostomia endoscopica percutanea è una procedura endoscopica che consiste nel posizionare nello stomaco una sonda in poliuretano o silicone, comunemente chiamata PEG dal nome della procedura stessa (*percutaneous endoscopic gastrostomy*), attraverso la quale è possibile nutrire artificialmente, anche per periodi prolungati, i pazienti impossibilitati ad alimentarsi per os.

SEBASTIANO GIALLONGO\* CLAUDIA MANDOLA\*\*

\* Direttore Nutrizione Clinica Azienda USL 10 Firenze

\*\* Tirocinante Nutrizione Clinica Azienda USL 10 Firenze

chirurghi pediatri Gauderer e Ponsky, la metodica si è sempre più affermata anche grazie a tecniche operative sempre più raffinate, rendendo sempre più raro il ricorso alla gastrostomia chirurgica.

Con la PEG il nutrizionista ha a disposizione una via di accesso all'apparato gastroenterico fisiologica, pienamente affidabile anche sul lungo periodo, caratterizzata da bassa invasività, facilità e sicurezza d'uso, basso tasso di complicanze e buon rapporto costo/efficacia e può riservare il sondino naso-gastrico, spesso mal tollerato, causa di decubiti nasali e a rischio di dislocazione o rimozione accidentali, solo alle terapie di durata inferiore ai trenta giorni.

Descritta per la prima volta nel 1980 dai

## La nutrizione artificiale

Per comprendere le implicazioni cliniche, etiche ed economiche dell'uso della PEG, bisogna chiarire innanzitutto che cos'è la nutrizione artificiale, qual è il suo obiettivo clinico e su quali basi deve essere effettuata la selezione del paziente.

La nutrizione artificiale è una terapia, spesso salvavita, e come tale presuppone un consenso informato e deve essere prescritta, attuata e monitorata da strutture operative specializzate secondo precisi protocolli che tengano conto delle linee guida nazionali e internazionali.

Essa persegue un obiettivo ben preciso: il mantenimento o il recupero di un adeguato stato nutrizionale, a cui può conseguire, comunque non sempre e non obbligatoriamente, il miglioramento della qualità di vita del paziente e del decorso clinico della malattia di base.

Il problema centrale è la selezione del paziente, che deve necessariamente scaturire da un processo decisionale multidisciplinare, che valuti gli aspetti clinici, prognostici, etici, i possibili effetti sulla qualità di vita, e, laddove espressi, i desideri del paziente.

La nutrizione artificiale non può essere utilizzata come una sorta di intervento simbolico a fini palliativi in pazienti in fin di vita, ma deve essere effettuata solo se si ipotizza una sopravvivenza di almeno novanta giorni.

Molto opportunamente ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) afferma (Guidelines on Enteral Nutrition 2005): ***"The central question to be answered is whether PEG feeding is likely to improve or maintain the patient's QOL"***.

Nella realtà operativa di tutti i giorni per il nutrizionista clinico trovare una risposta a questo quesito non è agevole; si pensi per esempio ai pazienti con malattia oncologica avanzata o ai dementi allettati per i quali risulta molto difficile quantificare l'attesa di vita o ipotizzare un miglioramento della QOL legato all'intervento nutrizionale.

Per il paziente oncologico la SINPE (Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo), nelle sue Linee Guida, prevede il supporto nutrizionale artificiale per tre categorie di soggetti:

- pazienti con malattia oncologica in atto candidati a trattamento chirurgico, radioterapico o chemioterapico;
- pazienti liberi da malattia oncologica affetti da esiti dei trattamenti che impediscano un'adeguata nutrizione;
- pazienti incurabili, non più suscettibili di trattamento oncologico, che morirebbero per le conseguenze della malnutrizione prima che per la patologia oncologica; in questi casi l'attesa di vita dovuta alla progressione del tumore deve essere di almeno due mesi.

Ancora più complesso è il discorso per il demente allettato, paziente a cui la nutrizione artificiale assicura un aumento significativo della sopravvivenza ma per il quale è sicuramente difficile ipotizzare di potere incidere sulla qualità di vita, a meno che non si prendano in considerazione parametri di valutazione connessi con il rallentamento del declino dello stato nutrizionale, come la prevenzione e il trattamento nutrizionale delle ulcere da decubito e la prevenzione delle infezioni e, in particolare, delle broncopolmoniti ab ingestis.

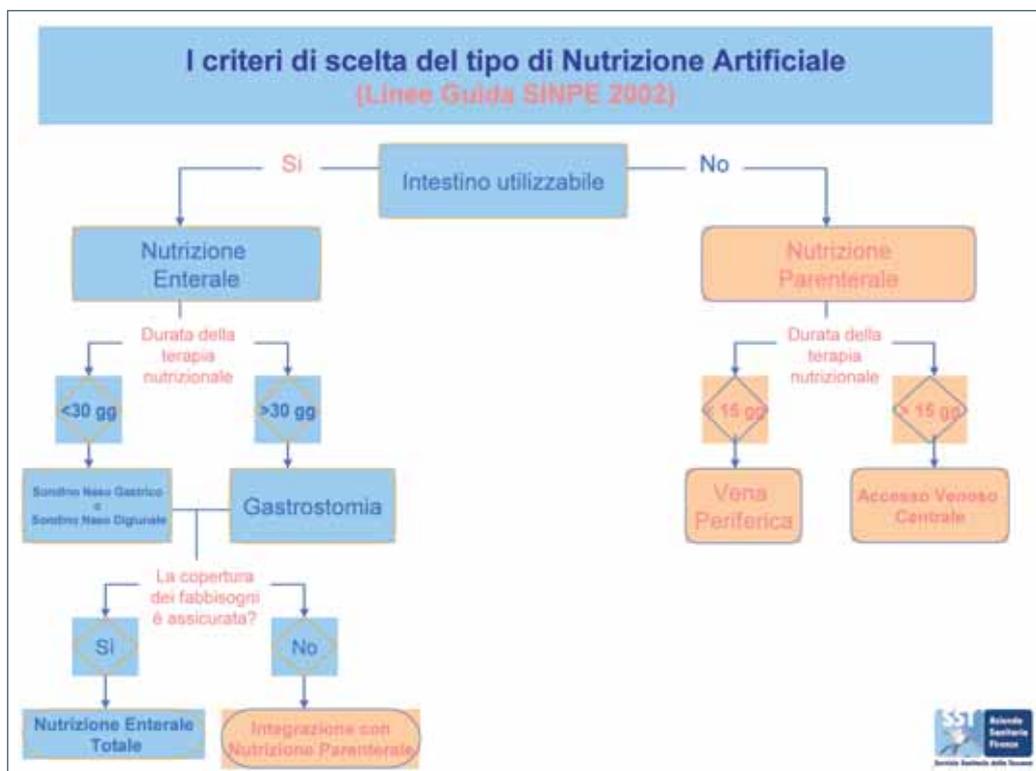


Figura 1

### I criteri di scelta del tipo di nutrizione artificiale

In presenza di un'adeguata funzionalità gastrointestinale la scelta deve necessariamente cadere sulla nutrizione enterale.

Si effettuerà una nutrizione parenterale solo in caso di compromissione del transito intestinale per occlusione o sub occlusione cronica di origine meccanica, quando la funzione assorbente è gravemente ridotta a causa di enteropatie o estese resezioni chirurgiche e in pazienti con fistole digiunali o ileali ad alta portata con output >400 ml/die (Linee Guida SINPE 2002).

La scelta della via di accesso all'apparato gastroenterico dipenderà dalla durata prevista della terapia nutrizionale: quando si ipotizza un tempo inferiore ai trenta giorni dovrà essere utilizzato il sondino naso-gastrico mentre nei casi in cui si prevede una nutrizione artificiale più prolungata verrà confezionata una stomia (Figura 1).

Per i pazienti a rischio di reflusso gastroesofageo e quindi suscettibili di aspirazione nell'albero respiratorio, si deve ricorrere alla digiunostomia, utilizzabile anche quando lo stomaco non sia accessibile o utilizzabile per la presenza di ulcerazioni estese, neoplasie ed esiti di pregressi interventi chirurgici o in presenza di tumori pancreatici inoperabili che compromettano il transito gastroduodenale.

### Le miscele nutrizionali

Le miscele utilizzabili in nutrizione enterale si dividono in naturali e artificiali.

Oggi l'uso delle miscele naturali a preparazione estemporanea, ottenute frullando o omogeneizzando gli alimenti naturali, è sconsigliato non solo per la difficoltà di quantificare con precisione la quota di nutrienti somministrata e per l'impossibilità di assicurare, soprattutto nel contesto

domiciliare, adeguati standard igienici di preparazione, ma anche per l'elevata osmolarità, spesso causa di diarrea osmotica, e per il rischio di ostruzione delle sonde.

La disponibilità di una vasta gamma di miscele artificiali in grado di coprire le diverse esigenze metaboliche dei pazienti, ha definitivamente orientato le scelte del nutrizionista clinico verso le miscele artificiali, preparate estraendo i macronutrienti dagli alimenti naturali e distinte, in base al loro grado di digestione, in polimeriche, oligomeriche e monomeriche.

Oggi si preferisce utilizzare le miscele polimeriche che, rispetto alle oligo-monomeriche, sono tollerate meglio a livello intestinale per la minore osmolarità, permettono di modulare in modo più agevole gli apporti proteici ed energetici in base ai fabbisogni del paziente e hanno un costo più ridotto.

Negli ultimi decenni le industrie farmaceutiche hanno messo a disposizione del clinico le cosiddette miscele specifiche per patologia, che, oltre a venire incontro alle esigenze metaboliche dei pazienti, hanno una formulazione che tiene conto delle condizioni cliniche e, in particolare, di eventuali deficit di organo o apparato (diabete, insufficienza renale in terapia conservativa o in dialisi, insufficienza respiratoria ecc...).

La novità più interessante della ricerca farmacologica è costituita dalle miscele arricchite con immunonutrienti, che costituiscono la nuova frontiera della nutrizione artificiale e trovano specifica indicazione nei pazienti oncologici, soprattutto affetti da tumori della testa e del collo, nei soggetti candidati a chirurgia addominale maggiore, negli ustionati, nei politraumatizzati e, con qualche riserva, nei pazienti settici.

Si tratta di miscele iperproteiche, normo o ipercaloriche, arricchite con i cosiddetti immuno-

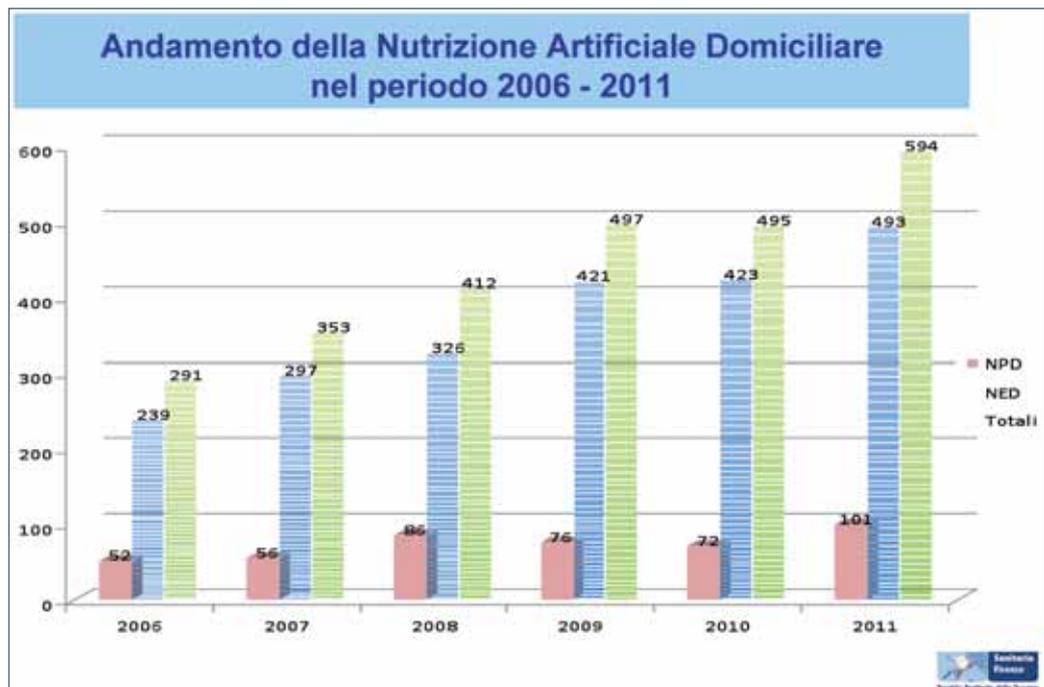


Figura 2

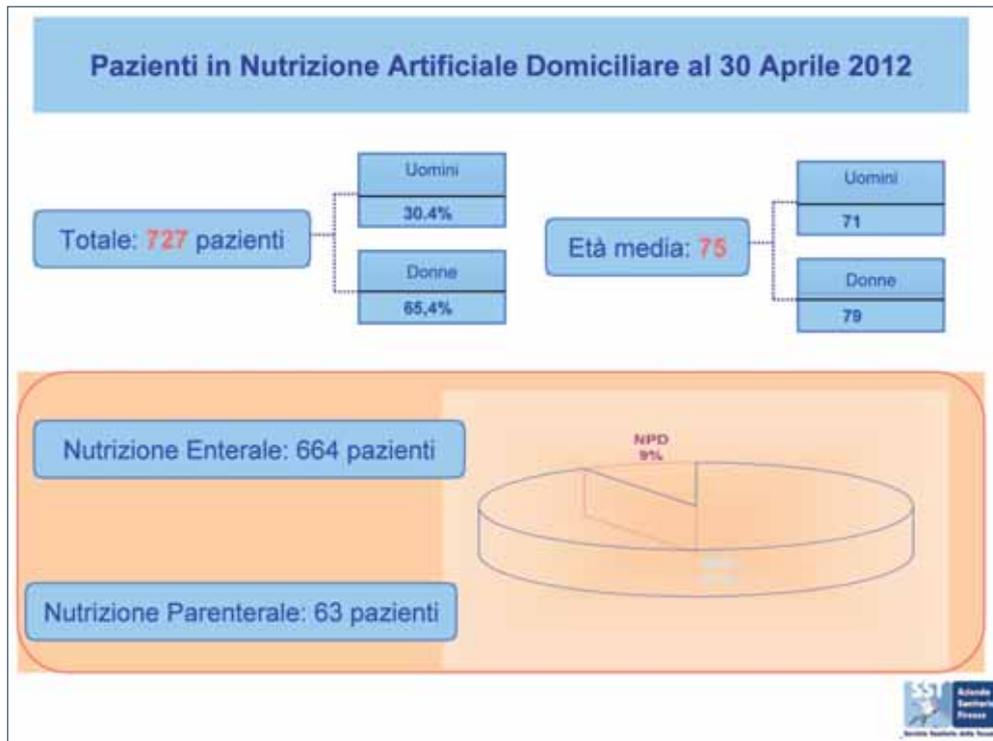


Figura 3

nutrienti, in particolare arginina, glutammina e acidi grassi monoinsaturi della serie omega tre.

**La PEG sul territorio dell'Azienda Sanitaria di Firenze**

Dal 1 Gennaio 2006 al 30 Aprile 2012 la Struttura Operativa di Nutrizione Clinica dell'Azienda USL 10 Firenze ha seguito a domicilio 2891 pazienti di cui 2400 in nutrizione enterale e 491 in nutrizione parenterale.

Le nutrizioni enterali sono state effettuate mediante gastrostomia in 901 casi, mediante sondino naso-gastrico in 1475 pazienti e attraverso digiunostomia in 24 soggetti.

Il numero totale di giornate di nutrizione artificiale è risultato pari a 894.567, rispettivamente 786.366 per la nutrizione enterale e 108.201 per la parenterale.

Nel periodo 2006-2011, stratificando i dati per anno di osservazione, si osserva un incremento

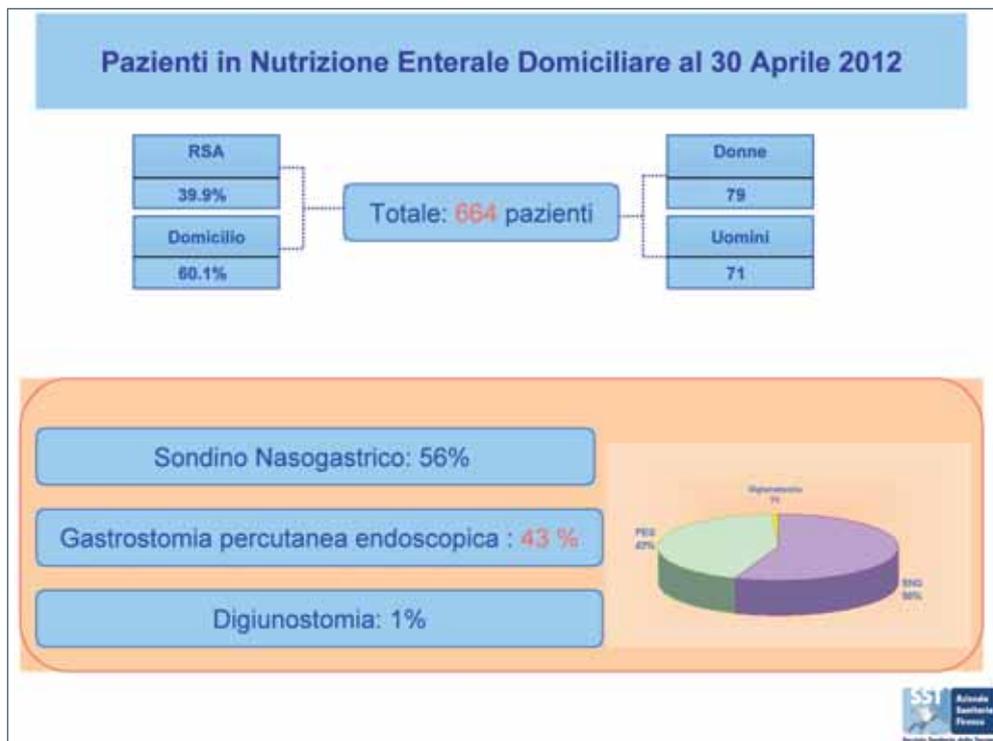


Figura 4

costante del numero di nutrizioni artificiali globalmente considerate e delle nutrizioni enterali in particolare, con un tasso di incidenza mensile che oscilla tra i 60 e gli 80 nuovi casi (Figura 2).

Attualmente il servizio segue 727 pazienti, di cui il 65% donne e il 35% uomini, con un'età media di 75 anni.

I soggetti in nutrizione enterale sono 664, mentre i pazienti in terapia nutrizionale parenterale sono 63, pari al 9% del totale, percentuale che si attesta ben al di sotto della media nazionale (Figura 3).

Nella maggior parte dei casi i pazienti sono

seguiti a domicilio, ma c'è anche un 40% di soggetti che sono ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali presenti sul territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

Stratificando i pazienti per via di accesso, si osserva che la nutrizione enterale viene effettuata nel 43% dei casi mediante PEG, nel 56% attraverso sondino naso-gastrico e nell'1% mediante digiunostomia (Figura 4).

Va sottolineato il dato relativo all'eccessiva presenza sul territorio di sondini naso-gastrici, in contrasto con le Linee Guida delle principali società scientifiche di nutrizione clinica che prevedo-

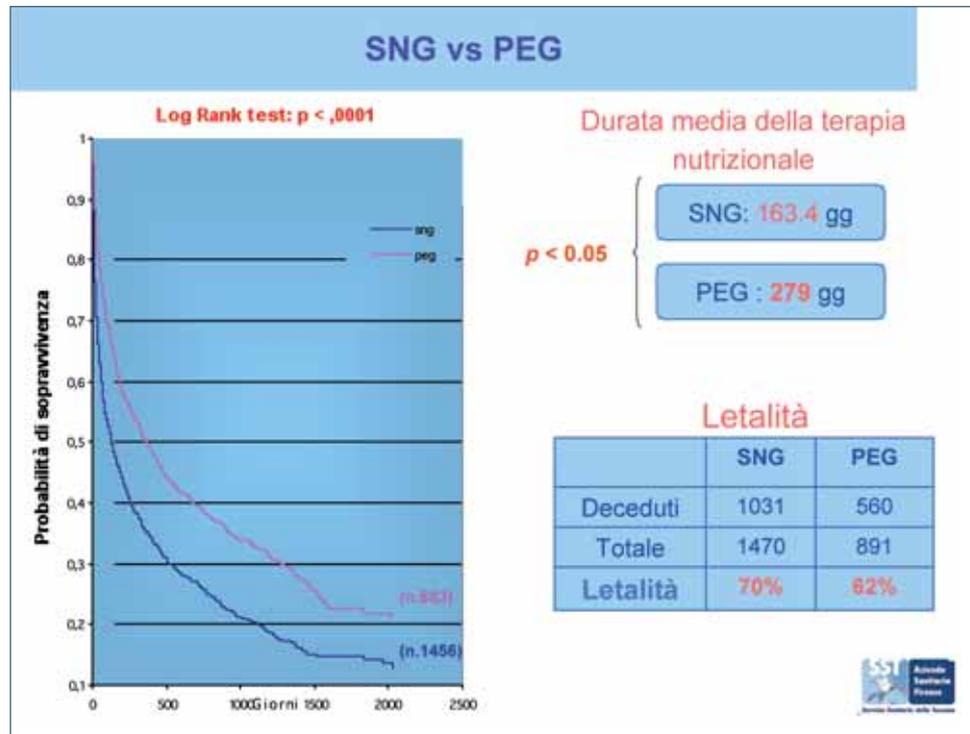


Figura 5

Sopravvivenza per patologia					
Patologie (n. pazienti)	Sopravvivenza (% pazienti)				
	3 mesi	6 mesi	12 mesi	24 mesi	36 mesi
Demenza (n. 207)	75	64	53	47	35
Patologie Cerebrovascolari (n. 297)	76	65	56	44	39
Patologie Neurovascolari (n. 134)	74	65	55	39	35
Patologie oncologiche (n. 125)	57	44	34	28	24

Figura 6

no l'uso della PEG in tutte le nutrizioni enterali di durata superiore ai trenta giorni.

In realtà il dato non è del tutto sorprendente se si considera che spesso il nutrizionista deve confrontarsi con la ferma opposizione dei pazienti o dei familiari che preferiscono il sondino ritenendo la PEG espressione di "accanimento terapeutico".

Questo è uno dei tanti luoghi comuni relativi alla nutrizione artificiale su cui sarebbe opportuno fare chiarezza; si tratta di un atteggiamento solo in parte legato alle recenti campagne di stampa, spesso superficiali e fuorvianti, in realtà riconducibile anche alle scarse informazioni fornite durante il ricovero ospedaliero e alla scelta dei reparti ospedalieri di dimettere più rapidamente il paziente dopo avere posizionato un sondino naso-gastrico piuttosto che attendere qualche giorno per il posizionamento della PEG.

È opportuno sottolineare che il sondino naso-gastrico va cambiato ogni trenta giorni, che la sostituzione periodica a volte non è agevole, soprattutto nei soggetti agitati e non collaboranti, e che l'unico metodo per confermare il corretto posizionamento è l'esame radiologico che non può essere routinariamente effettuato a domicilio.

Inoltre, anche qualora si riesca a sostituire il sondino con adeguata periodicità, la permanenza della sonda causa frequentemente lesioni da decubito a livello delle narici, infiammazione del laringe posteriore con granulazioni a volte ipertrofiche, lesioni delle corde vocali.

### La sopravvivenza dei pazienti in nutrizione enterale domiciliare

Le curve di Kaplan-Meier evidenziano come la gastrostomia si associ ad una sopravvivenza maggiore rispetto al sondino con una differenza statisticamente significativa che si conferma anche quando si va a confrontare la durata media della

terapia nutrizionale attraverso le due vie di accesso. (Figura 5).

È opportuno comunque ricordare che i dati sono relativi a due gruppi di pazienti non omogenei, che quindi risentono di molteplici bias di confondimento legati per esempio alle diverse condizioni cliniche di base e alla comorbidità.

Stratificando per patologia i dati di sopravvivenza relativi ai pazienti portatori di PEG, si evidenzia che a un anno dal posizionamento della stomia sopravvive più del 50% dei pazienti affetti da demenza, malattie cerebrovascolari e malattie neurodegenerative (in questo gruppo sono state inserite la sclerosi laterale amiotrofica e la sclerosi multipla), mentre i pazienti oncologici si attestano sul 34% (Figura 6).

Le curve di sopravvivenza per patologia mostrano una differenza statisticamente significativa tra pazienti oncologici e demenze, malattie cerebrovascolari e neurodegenerative (Figura 7).

Il dato relativo ai pazienti oncologici è probabilmente legato non solo alla prognosi generalmente infausta in tempi medio-brevi, ma anche alla tardiva presa in carico nutrizionale, che avviene quasi sempre in fasi avanzate di malattia.

Questi soggetti andrebbero monitorati dal punto di vista nutrizionale sin dal momento della diagnosi iniziale, in quanto, come è ben noto al nutrizionista clinico, in un paziente malnutrito la radioterapia e, soprattutto, la chemioterapia, risultano maggiormente tossiche e, spesso, non possono essere portate a termine in quanto non tollerate.

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [sebastiano.giallongo@asf.toscana.it](mailto:sebastiano.giallongo@asf.toscana.it)

TM

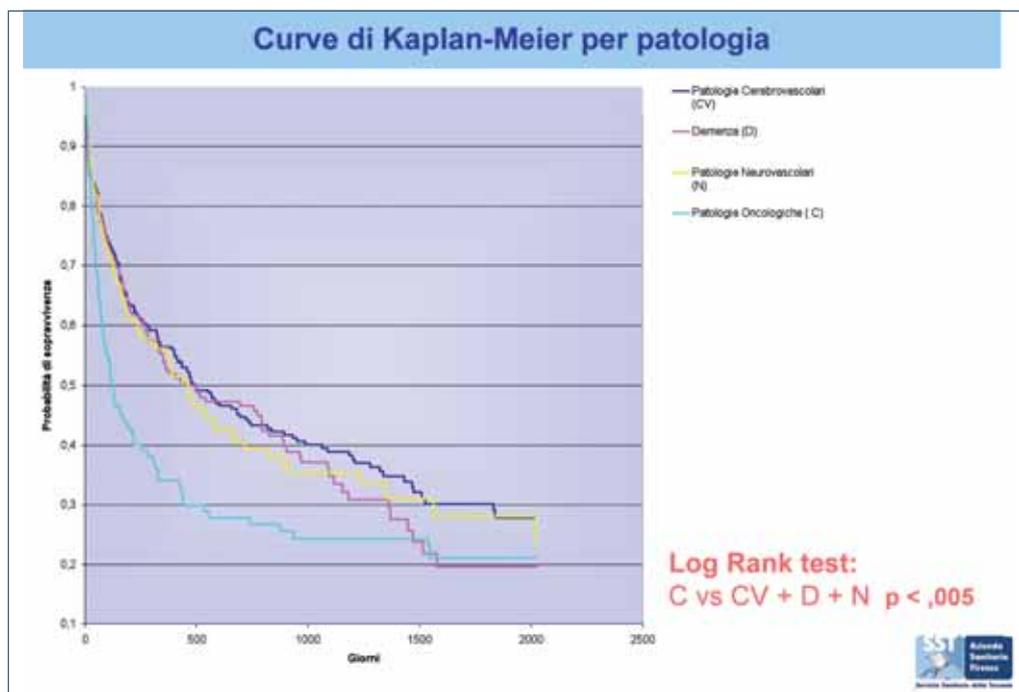


Figura 7



Giovanni Gori è laureato in Medicina e Chirurgia nel 2003 presso l'Università di Pisa ove ha conseguito la Specializzazione in Farmacologia Clinica, il Dottorato di Ricerca in Fisiopatologia Medica e Farmacologia e il Master in Sperimentazione Clinica dei Farmaci. Dal 2009 opera presso il Centro di Farmacologia Clinica dell'AOUP dove svolge attività di sperimentazione clinica su volontari sani e pazienti.

# Sperimentazioni cliniche di Fase I a Pisa

## Impegno crescente del Centro di Farmacologia Clinica per la Sperimentazione dei Farmaci dell'AOUP Pisana nelle sperimentazioni cliniche di Fase I e II su pazienti e volontari sani

**S**ecundo il X Rapporto Nazionale 2011 dell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), dal 2006 al 2010 la sperimentazione clinica in Italia si è notevolmente contratta (-12,2%). Le Aziende farmaceutiche internazionali, che hanno finanziato studi profit nel 2010 per circa il 65% della ricerca in Italia, sembrano frenate a condurre le loro ricerche in Italia a causa del numero esiguo di centri di sperimentazione clinica di fase precoce, delle norme regolatorie spesso complicate e ridondanti e del regime fiscale applicato alla ricerca.

Nonostante il calo generale delle sperimentazioni, in Italia gli studi clinici di Fase I sono aumentati dal 2,4 all'8,0% rispetto al calo delle fasi II e delle fasi III. Questo incremento delle sperimentazioni di Fase I sembra giustificato da un lato dalle nuove procedure introdotte dalla Commissione di Fase I dell'Istituto Superiore di Sanità, che hanno permesso di riallineare i tempi di valutazione dei protocolli secondo gli standard internazionali, dall'altro dall'autorizzazione da parte dell'AIFA di centri per la sperimentazione di Fase I.

Il disegno di legge-delega del 2010, attualmente in fase di valutazione da parte della Commissione Igiene e Sanità del Senato ha proposto un riordino delle normative sulla sperimentazione clinica, con una riduzione dei Comitati etici, l'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle sperimentazioni cliniche dalla Fase 0 alla Fase IV e dei meccanismi di valuta-

zione delle aziende sanitarie pubbliche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche.

La Toscana partecipa ad oltre un terzo delle sperimentazioni cliniche italiane. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) si colloca al 4° posto in Italia, con 429 sperimentazioni (11,5% del totale); l'AOU Careggi al 6° posto, con 418 (10,8%) e l'AOU Senese al 18° posto con 248 (6,4%) studi clinici, oltre

ad una percentuale rilevante di studi condotti in altre strutture sanitarie pubbliche e private.

Il Centro di Farmacologia Clinica dell'AOUP, inaugurato il 29 febbraio 2008 all'interno della Clinica Medica dell'Ospedale Santa Chiara e identificato nell'Atto aziendale 2011-2012 come Centro clinico all'interno del DAI di Area Medica, è stato autorizzato dall'AIFA nel 2009 alla conduzione su volontari sani di studi sperimentali di fase precoce (fasi I e IIa) e di bioequivalenza, entrando così a far parte degli attuali sei Centri italiani autorizzati.

Il Centro è costituito da spazi di ricevimento per i soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche, ambulatori per le visite, studi operativi per i medici, infermeria e sala degenza con quattro letti dotati di apparecchiature di monitoraggio intensivo dei parametri vitali, servizio di emergenza medica e spazi ricreativi a disposizione dei soggetti arruolati. Il Centro presenta inoltre un locale per la gestione dei farmaci sperimentali, con armadio frigorifero destinato alla custodia dei farmaci, un laboratorio per la preparazione e la conservazione dei campioni biologici e frigoriferi biologici -20°C e -80°C connessi a centralina di

GIOVANNI GORI<sup>1</sup>, GIUSEPPE PASQUALETTI<sup>2</sup>,  
CATIA CASTIGLIONI<sup>1</sup>, MARIO DEL TACCA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro di Farmacologia Clinica per la Sperimentazione dei Farmaci, AOUP

<sup>2</sup> Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università di Pisa

monitoraggio delle temperature.

Il personale operativo a tempo pieno prevede due medici (farmacologo clinico e internista), due infermiere, una farmacista e una biologa, a cui si affiancano un biostatistico e uno psicologo clinico.

Il Centro è dotato di un proprio Regolamento e di un sistema procedurale specifico approvato dalla Sezione Dipartimentale Qualità e Accredimento AOUP, che permette la standardizzazione di tutte le operazioni cliniche e sperimentali e l'allineamento alle normative europee sulla Buona Pratica Clinica, ossia l'insieme di regole che identificano lo standard internazionale di etica e qualità negli studi clinici.

Poiché in Italia mancano registri pubblici di volontari partecipanti alle ricerche e non sono disponibili linee guida di riferimento per la valutazione della loro idoneità e del rimborso dovuto, l'arruolamento di soggetti sani ha rappresentato la prima sfida che il Centro si è trovato ad affrontare. A tal fine, sono state redatte specifiche procedure operative standardizzate, approvate dal Comitato Etico dell'AOUP, relative alla pubblicità, ai criteri di idoneità e al rimborso dei volontari sani. Successivamente è stata messa a punto una banca dati di soggetti, che oggi contempla circa 300 candidati.

Nel 2010, sono stati esaminati 144 soggetti (M 64%; F 36%; età media  $27.5 \pm 7$  anni), di prevalente etnia caucasica (99,3%), per lo più studenti universitari (72,2%), ma anche lavoratori dipendenti (18,1%), libero-professionisti (8,3%) o disoccupati (1,4%). Basandosi solo su anamnesi ed esame obiettivo, è stato escluso il 24,6% dei candidati, per cause mediche (16%) o psichiche (7,6%) (Figura 1).

Dal 2010, l'attività sperimentale del Centro di Farmacologia Clinica è documentata dalla conduzione di oltre 30 studi sperimentali. Le sperimen-

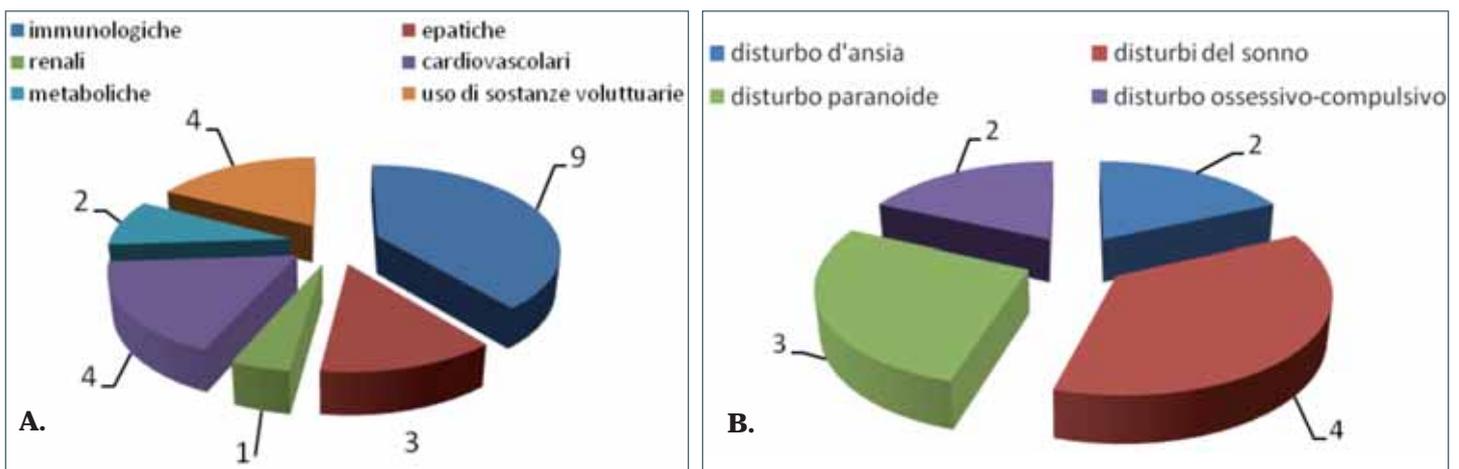
tazioni cliniche, condotte su volontari sani, sono rappresentate da studi di bioequivalenza farmacocinetica e farmacodinamica (formulazioni orali di antibiotici e anti-infiammatori non steroidei) e da uno studio di Fase I, basato sull'indagine farmacocinetica di una nuova molecola di interesse endocrinologico.

In campo reumatologico, grazie alla costante collaborazione con l'U.O. Reumatologia dell'AOUP, sono state condotte numerose sperimentazioni di Fase IIa e IIb su pazienti, testando nuovi farmaci biologici per indicazioni come lupus e artrite reumatoide. Sono state condotte anche sperimentazioni di Fase III su farmaci di interesse neurologico, dermatologico o oncologico.

In collaborazione con l'U.O. di Epatologia della AOUP, da marzo 2012 è in corso uno studio di Fase I sul primo vaccino geneticamente modificato anti-epatite C. Fino ad ora sono stati trattati 9 pazienti che verranno seguiti fino alla fine del 2012.

Le sperimentazioni cliniche possono essere condotte nel Centro integralmente (arruolamento, trattamento, follow-up fino) o parzialmente, come singoli servizi offerti a Clinici sperimentatori esterni (conservazione e somministrazione del farmaco, attività di laboratorio, data management).

Il Centro si presenta come la struttura di riferimento dell'AOUP e della Regione Toscana per la conduzione di studi clinici di fase precoce, offrendo l'opportunità a Clinici esterni di partecipare a studi sperimentali che fino ad oggi non avrebbero potuto eseguire nei propri reparti, dove le necessità assistenziali, gli spazi disponibili e le qualifiche specialistiche del personale spesso non corrispondono alle esigenze e finalità della ricerca clinica, vincolata dalla specifica normativa italiana ed europea della Buona Pratica Clinica. **TM**



**Figura 1** - Cause cliniche (A) e psicopatologiche (B) di esclusione di volontari sani candidati alla sperimentazione clinica. Nei grafici, le cifre indicate esprimono il numero di soggetti esclusi.



Alessandra Leone, laureata nel 2008 c/o la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze. Attualmente frequenta il terzo anno del Corso di Formazione Specialistica in Medicina Generale. Frequentatrice volontaria dall'anno 2008 dell'ambulatorio Ipertensione e Prevenzione Cardiovascolare della Cardiologia Invasiva 2 AOU Careggi, Firenze.

# Il paziente iperteso: farmaci o intervento educativo?

Come è ormai noto, la prima causa di mortalità nelle società occidentali è rappresentata dalle malattie cardiovascolari e l'ipertensione arteriosa da sola rappresenta il primo fattore di rischio per mortalità globale. Un adeguato controllo dei singoli fattori di rischio che correlano l'insorgenza dell'ipertensione arteriosa riveste quindi un'importanza cruciale nella cura dell'individuo e nella prevenzione delle patologie cardiovascolari. Lo studio che abbiamo condotto è volto a dimostrare come, agendo su questi fattori di rischio, si possa ottenere un miglior controllo dei valori pressori nel paziente iperteso, tenendo conto anche della difficile aderenza alla terapia farmacologica spesso riscontrabile in questa tipologia di pazienti. Si propone quindi non tanto un intervento terapeutico quanto piuttosto un intervento educativo e di prevenzione suggerito non solo al paziente, ma anche ai suoi familiari.

I principali fattori di rischio modificabili dell'ipertensione arteriosa sono il sovrappeso/obesità, l'eccessivo consumo di sale e/o alcol nella dieta, l'inattività fisica, il fumo e lo stress. Abbiamo agito quindi sui singoli fattori di rischio attraverso un intervento promosso da un team multidisciplinare che ha visto la collaborazione di medici, infermieri, dietisti e fisioterapisti.

È stato ideato un percorso di educazione sanitaria strutturata per gruppi di pazienti ipertesi, suddivisi in:

**GRUPPO 1** (Gruppo di Intervento). Soggetti sottoposti ad un'educazione terapeutica diretta a pazienti e familiari, caratterizzata da 4 incontri con cadenza settimanale, più due *follow-up* a 3 e

6 mesi. Il primo incontro prevedeva l'accoglienza dei partecipanti e la compilazione di un questionario sulle abitudini di vita e alimentari, e sulle conoscenze dell'ipertensione arteriosa. Nel secondo e terzo incontro sono stati affrontati dall'infermiera e dalla dietista argomenti quali, fattori di rischio e prevenzione delle patologie cardiovascolari, modifiche dello stile di vita, conseguenze dello scarso controllo pressorio e della mancata aderenza alla terapia, indicazioni per una corretta alimentazione. Il quarto incontro, condotto dalla fisioterapista, verteva sul ruolo e le modalità dell'attività fisica nell'ipertensione arteriosa. A 3 e 6 mesi abbiamo valutato i parametri pressori, antropometrici ed ematochimici.

**GRUPPO 2** (Gruppo di Controllo). Nessun intervento aggiuntivo di educazione sanitaria oltre alla terapia farmacologica e successivi controlli a 3 e 6 mesi, con valutazione di parametri pressori, antropometrici ed ematochimici.

Nel Gruppo 1 sono stati arruolati 133 pazienti di età media di  $60,6 \pm 9$  anni. Nel Gruppo 2 sono stati arruolati 142 pazienti di età media di  $62 \pm 12,6$  anni. In entrambi i gruppi la terapia farmacologica non è stata modificata durante i sei mesi di osservazione.

I risultati ottenuti sono stati i seguenti:

Il peso corporeo si è ridotto significativamente in entrambi i gruppi, a 3 e a 6 mesi. Questo andamento si riflette anche sul BMI che mostra una riduzione significativa sia nel Gruppo 1 sia nel Gruppo 2. Nel Gruppo 1 si è registrata infatti un BMI di 30,7 iniziale ed un BMI di 29,8 dopo 6 mesi.

La circonferenza vita si è ridotta in modo significativo solo nel Gruppo 1 passando da 103 cm

ALESSANDRA LEONE<sup>1</sup>, LORELLA LAMBERTUCCI<sup>2</sup>,  
ALESSIO MONTEREGGI<sup>1</sup>, LUCIA BRACCI<sup>1</sup>,  
KATIA BALDINI<sup>1</sup>, KATALIN VIRÀG<sup>1</sup>,  
DANIELA PANERAI<sup>3</sup>, RICCARDO LIVI<sup>4</sup>,  
MARIA LUISA MASINI<sup>3</sup>, WERUSCA MANNELLI<sup>5</sup>,  
GIUSEPPE PEPE<sup>2</sup>, ANDREA UNGAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Cardiologia Invasiva 2, AOU Careggi, Firenze

<sup>2</sup> Centro dell'Ipertensione, Cardiologia e Medicina Geriatrica, AOU Careggi, Firenze

<sup>3</sup> Dietetica, AOU Careggi, Firenze

<sup>4</sup> SOD Medicina Interna OACA 3, AOU Careggi, Firenze

<sup>5</sup> Fisioterapia, AOU Careggi, Firenze

iniziali ai 99 cm dopo 6 mesi, mentre nel gruppo di controllo si è verificato un tendenziale aumento non significativo.

La pressione arteriosa sistolica si è ridotta in modo nettamente maggiore nel gruppo di intervento rispetto a quello di controllo, dai 148,6 mmHg iniziali ai 134,8 mmHg dopo 6 mesi, anche se in entrambi i gruppi la riduzione raggiunge la significatività statistica.

La pressione arteriosa diastolica si è ridotta sia a 3 mesi che a 6 mesi in entrambi i gruppi, mostrando una riduzione maggiore nel gruppo di intervento passando dagli 87,6 mmHg iniziali agli 81,2 mmHg dopo 6 mesi.

La pressione arteriosa differenziale si è ridotta esclusivamente nel gruppo di intervento passando da 60,8 mmHg iniziali a 54,3 mmHg dopo 6 mesi. La riduzione a 6 mesi nel gruppo di controllo infatti non è risultata significativa. Questo dato riveste particolare importanza se si tiene conto degli scarsi risultati ottenuti su questo parametro con le usuali terapie farmacologiche.

I pazienti adeguatamente controllati (con pressione arteriosa <140/90 mmHg) sono risultati in maggior numero nel Gruppo 1 passando dal 21% al basale al 60% a 6 mesi. Nel Gruppo 2 il miglioramento del controllo pressorio è risultato di entità nettamente inferiore (dal 10% al 32% a 6 mesi) (Figura 1).

I risultati di questo studio confermano e rafforzano dati già presenti in letteratura riguardo l'importanza e l'efficacia della terapia non farmacologica dell'ipertensione arteriosa sul controllo pressorio, peraltro raggiunto attraverso l'utilizzo di mezzi a basso costo ed attuabili su territorio.

Ovviamente solo un'attenta e costante rivalutazione e motivazione dei pazienti può portare a risultati duraturi; la difficoltà dell'applicazione di strategie comportamentali infatti spesso risiede nel mantenimento a lungo termine di uno stile di vita corretto che si mantenga spontaneamente dopo la fine dell'intervento sanitario. Tale limite è più facilmente superabile in una gestione territoriale del paziente iperteso affidato alle cure ed al controllo del medico di medicina generale piuttosto che in un regime ambulatoriale specialistico. I risultati ottenuti evidenziano quindi come le modifiche dello stile di vita devono essere il primo step terapeutico nella gestione del paziente iperteso ancor prima della terapia farmacologica, come peraltro suggerito dalle Linee Guida. Lo studio ha inoltre evidenziato un elevato interesse e partecipazione al progetto, sia da parte del paziente che dei suoi familiari. Questo dato suggerisce l'importanza della relazione medico-paziente e l'utilità di un coinvolgimento attivo del paziente stesso nell'attuazione e mantenimento della propria terapia.

TM

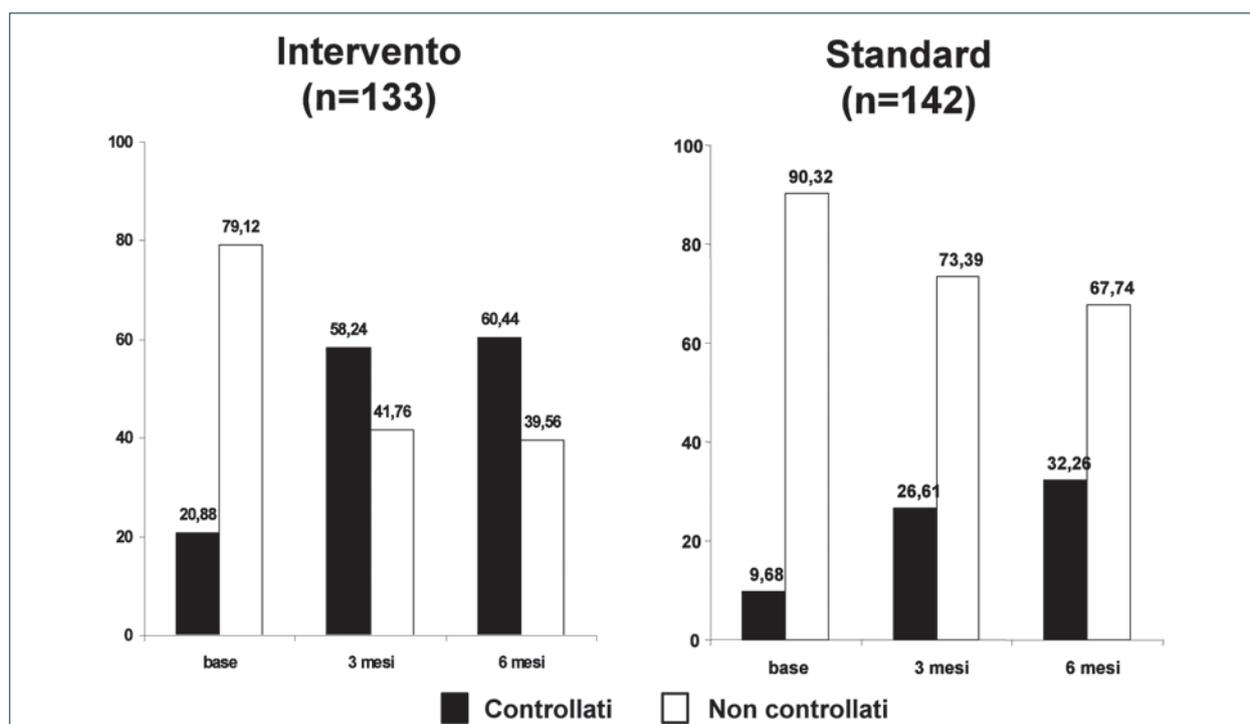


Figura 1



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".

## Sistema sanitario brasiliano

### Seconda parte

**A**bbiamo dedicato il precedente articolo alla storia, alla singolare evoluzione del sistema sanitario brasiliano che ha sviluppato negli ultimi venti anni, con un forte impulso negli ul-

timi dieci, un diffuso e robusto sistema di cure primarie, all'interno del SUS (Sistema Unico di Salute). Il Programma Salute per la Famiglia (Programa Saúde da Família - PSF, basato su *équipes* di medici di famiglia, infermieri e operatori sanitari di comunità) ha raggiunto circa la metà della popolazione brasiliana, soprattutto nelle aree rurali e più povere, garantendo a tutti l'accesso alle cure essenziali e contribuendo a migliorare in maniera significativa la salute della popolazione (es: forte riduzione delle mortalità infantile).

Ma come abbiamo scritto nelle conclusioni, "Il sistema sanitario brasiliano non è solo PSF (che copre, come abbiamo visto, poco più della metà della popolazione). Il settore privato ha una grande forza sia nella produzione di servizi che nel settore assicurativo. Il Brasile - come vedremo nella seconda parte che pubblicheremo nel prossimo mese - è anche un paese di forti contraddizioni (un solo dato: il Brasile detiene il primato mondiale di parti cesarei con il 44% del totale dei parti, era il 25% nel 1986)".

Infatti il sistema sanitario brasiliano è costituito da un insieme di attori pubblici e privati sia sul versante assicurativo, sia su quello della produzione dei servizi. Una rete di attori in cui non è mai chiaro e definito se agiscono in maniera complementare o competitiva, ma in cui il risultato finale è quello di una netta prevalenza del finanziamento privato che rappresenta complessivamente (assicurazioni pagate dai datori di lavoro, assicurazioni acquistate direttamente, pagamenti *out-of-pocket*) il 61% della spesa sanitaria totale.

Schematicamente il sistema sanitario brasiliano si compone di tre sottosistemi: a) il sottosistema

pubblico (SUS) in cui i servizi sono finanziati e erogati dallo stato, a vari livelli (federale, statale e municipale); b) il sottosistema privato di erogazione (con provider profit e non-profit) in cui i servizi sono pagati sia dal settore privato che da quello pubblico; c) il sottosistema privato di assicurazione con differenti tipi di polizze e di gradi di copertura.

**Il sottosistema pubblico (SUS).** Lo stato brasiliano ha una struttura federale, simile a quella degli USA,

con 27 stati, con una forte spinta al decentramento che ha portato a devolvere alle istituzioni municipali (5.500 città) gran parte delle funzioni gestionali della sanità. Come abbiamo già visto il Sistema Unico di Salute (SUS) è riuscito a garantire - attraverso Il Programma Salute per la Famiglia - un alto e qualificato livello di copertura per i servizi di cure primarie, riducendo ataviche diseguaglianze e producendo netti miglioramenti della salute della popolazione. Ma l'offerta dei servizi sanitari del SUS è ancora largamente insufficiente rispetto alla domanda (soprattutto nel settore ospedaliero e delle attività specialistiche), cosicché il settore pubblico si rivolge al settore privato - tramite convenzioni - per colmare il gap.

**Il sottosistema privato di erogazione.** Questo sistema si interfaccia con il sistema pubblico per l'erogazione di prestazioni in regime di convenzione, con il sistema assicurativo privato e direttamente con gli utenti che pagano *out-of-pocket*. È un sottosistema particolarmente florido in cui agiscono oltre mille imprese sanitarie, ma dove l'8% di esse fornisce servizi all'80% degli utenti. È un mercato che si concentra soprattutto nell'area più ricca del Brasile, il sud-est: infatti qui è localizzato oltre il 60% delle imprese sanitarie private.

Il sottosistema privato di assicurazione. Il 26% della popolazione brasiliana ha un'assicurazione privata o pagata dal proprio datore di lavoro o pagata in proprio. Le assicurazioni offrono piani assistenziali molto diversi - in termini di costo e di

GAVINO MACIOCCO  
Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

quantità e qualità dei servizi offerti – a seconda della condizione socioeconomica degli assicurati. Per questo spesso capita che per le prestazioni più costose – come la dialisi o i trapianti – gli stessi assicurati privati finiscono per rivolgersi al SUS. Questa commistione tra assicurazione privata e pubblica certamente non giova né all'efficienza, né all'equità del sistema.

Giova invece alla salute dei brasiliani il modo con cui il governo ha deciso di affrontare l'epidemia di malattie croniche che imperversa anche in quel paese. Ovvero con un forte investimento nella promozione dell'attività fisica a livello di massa. Un intervento che si è basato sui "community coaches", allenatori di comunità, istruttori di educazione fisica che – nei parchi, nelle piaz-

ze, nei centri comunitari, – hanno formato delle classi che si dedicano alla ginnastica aerobica, allo yoga, allo stretching, alla danza. Alle classi possono partecipare tutti liberamente, il più delle volte in maniera del tutto gratuita, per favorire i gruppi più sfavoriti della popolazione che sono quelli che sono maggiormente esposti al rischio di ammalarsi di patologie croniche. Questo intervento si è svolto in più di mille città del Brasile e nell'arco di soli 2 anni la percentuale di popolazione inattiva è passata dal 16% (2009) al 14,1% (2011). Nella città di Sorocaba (600 mila abitanti, nello Stato di Sao Paulo), dove tale intervento ha avuto uno spettacolare successo, dal 2008 al 2011 il tasso di ospedalizzazione per ipertensione è diminuito del 50%. **TM**

## Frammenti di storia

Toscana Medica 9/12



# Ettore Zannellini medico a Piombino

**C**hi vuole conoscere le condizioni di lavoro dei minatori dell'Amiata e vuole in particolare essere informato su quell'epidemia di lunga durata (dal 1850 alla chiusura delle miniere ed alla fine della metallurgia del mercurio nella metà degli anni '80 del Novecento) costituita dall'idrargirismo, obbligatoriamente si imbatte nel medico Ettore Zannellini (1876-1934). Certo il suo nome, in ordine cronologico e di importanza, viene dopo quelli di Gaetano Pieraccini (1864-1957) e di Guido Y. Giglioli (1875-1939), autori di memorabili indagini sulle intossicazioni di mercurio svolte direttamente sul campo, da specialisti, con la *collaborazione* dei proprietari delle miniere del bacino cinabrafico dell'Amiata, rispettivamente nel 1904 e nel 1908.

FRANCESCO CARNEVALE

Medico del lavoro Fondazione Michelucci, Fiesole

Ettore Zannellini dovendo riferire al primo Congresso Regionale dei Lavoratori del mercurio di Castell'Azzara nel 1914, più modestamente, svolge un'inchiesta con un questionario molto dettagliato tra i diretti interessati; non mostra di essere contro il lavoro minerario ma si preoccupa che tale lavoro non venga orga-

nizzato in modo tale da distruggere gli operai e ciò proprio a partire dai risultati della sua inchiesta che potranno

essere utilizzati dalle *Leghe Operaie*. Accerta che i lavoratori vengano assunti preferibilmente a 15 anni e licenziati quando non possono più lavorare; nel sottosuolo lavorano in turni di otto ore, all'esterno, nei lavori metallurgici, dieci/dodici ore e percepiscono un salario che oscilla, a



Francesco Carnevale è stato assistente presso l'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Padova e poi di Verona dal 1969 al 1986, quindi, sino al 31.12.2009, dirigente di medicina del lavoro nell'Azienda Sanitaria di Firenze. Docente presso la Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università di Firenze è cultore di storia della salute dei lavoratori.

secondo delle categorie, dalle 0,80 alle 2,80 lire ma ricorrendo al cottimo che se da un lato incrementa il salario, dall'altro si traduce in una sorta di autosfruttamento (il prezzo del pane in quegli anni è di circa 0,40 lire al chilogrammo). Le abitazioni dei minatori sono piccole, con tre persone e più per stanza, *antigieniche, come stalle*, anche perché gli industriali a differenza di *paternalisti* di altre realtà non hanno costruito se non *per i capiservizio e i sorveglianti*; molti minatori rimangono a far parte della famiglia contadina e aiutano nelle *faccende campestri*.

Sulle condizioni di salute dei lavoratori Zannellini esprime un giudizio generale di grande valore sanitario: “avevamo un'industria venefica che si iniziava in mezzo ad abitanti di poca resistenza fisica”; quindi si sofferma in particolare sugli operai con intossicazioni di media intensità da mercurio che sono costretti ad attendere ancora al lavoro: oltre alle stigmate mercuriali della bocca (alterazioni gengivali e perdita dei denti), presentano dispepsia, pallore, artralgie vaganti e tremori dei muscoli della faccia e delle mani; il tremore non è sempre un lieve tremolio delle labbra nel parlare o delle dita nel riposo e nel movimento ma si presenta spesso come delle contrazioni brusche, dei guizzi dei muscoli elevatori delle labbra o degli spostamenti rapidi, atassici di uno o più diti contemporaneamente; si hanno delle vere contrazioni fibrillari o fascicolari, che in casi eccezionalmente gravi assumono il carattere di policlonia e imprimono movimenti disordinati agli arti ed al tronco; quasi sempre il tremore si esagera con il movimento volontario o quando l'ammalato sa di essere osservato o compie sforzi.

L'opuscolo che Zannellini, a proprie spese, dà alle stampe in occasione del Congresso dei lavoratori si conclude con le seguenti parole: “In un libro di natura assolutamente letteraria, il Senator Barzellotti ha trovato modo, di sconsigliare ai minatori Amiatini l'organizzazione e la lotta di classe, scagliando frecce acutissime contro chi tale lotta cerca di incoraggiare, di disciplinare e dirigere. In un altro libro di natura assolutamente scientifica il Prof. Pieraccini chiudeva il capitolo sugli avvelenamenti da mercurio, con un grido che suona protesta alle affermazioni del Barzellotti. È il grido dell'idea nuova contro l'idea vecchia, è il grido dell'energia che si accende contro quella che va spengendosi; è il grido al quale mi associo col cuore: W le Leghe operaie”.

Ettore Zannellini, di origine maremmana, si laurea in medicina a Pisa nel 1902 e lavora a Piombino. Nel 1904, su incarico dell'amministrazione locale, compie studi sulla situazione igienico-sanitaria della città e una ricerca sulle

cause degli infortuni sul lavoro. Le malattie più frequenti nel territorio sono la tubercolosi, la malaria, la polmonite e le infezioni del tubo digerente; descrive i fattori causali: l'agglomerato della popolazione, la deficienza della pulizia, la scarsità e la poca salubrità delle acque, la natura delle principali industrie capaci di esercitare una malefica influenza sulla resistenza degli operai. L'autore accerta che il lavoro all'interno degli stabilimenti si svolge in condizioni disumane con orari di lavoro molto pesanti e con infortuni sul lavoro numerosi e spesso mortali. Nel 1908 Zannellini fonda la loggia massonica “Gagliarda Maremma” diffondendo e praticando ideali laici, di solidarietà e di fratellanza. Nel 1912 viene nominato medico comprimario dell'ospedale dove aveva già prestato servizio prima come assistente volontario poi come medico aggiunto di medicina, sempre in sinergia con Antonio Mori (1867-1957), anch'egli medico di idee socialiste ed esperto di medicina del lavoro e delle assicurazioni. Di questa sua attività ospedaliera rende conto con interessanti relazioni. Apre un ambulatorio presso la propria abitazione dove cura gratuitamente operai infortunati divenendo molto noto come *medico dei poveri*.

Nel 1926 Zannellini è costretto dai fascisti a lasciare l'ospedale ed a interrompere ogni sua attività medica; è esule a Parigi dove era fuoriuscita la figlia, maritata con il noto antifascista Ezio Bartalini (1884-1962). A Parigi crea un “Istituto Italiano di assistenza medico-legale” per gli italiani immigrati e fuoriusciti ma nel 1933 si deve trasferire ad Istanbul dove avevano riparato figlia e genero ed in Turchia muore nell'anno successivo.

Ettore Zannellini è una eccezionale figura di medico progressista, medico del lavoro per bisogno dei lavoratori, ma anche uomo di cultura, di grande umanità, passionale; è evoluzionista, naturalista, fotografo, archeologo dilettante, studia i Giurisdavidici.

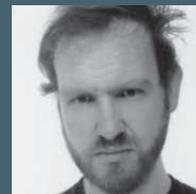
Grazie al Comune di Piombino ed alla Soprintendenza Archivistica per la Toscana è stato recuperato, ordinato ed informatizzato con il sistema SIUSA l'Archivio e la Biblioteca Bartalini – Zannellini – Gaggero; tutte le opere di Ettore Zannellini sono contenute in questo fondo e sono facilmente consultabili presso l'Archivio Storico della città di Piombino collocato nella “Casa delle Bifore”.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [fmcarnevale@gmail.com](mailto:fmcarnevale@gmail.com)

TM

# Il caso di Riccardo III



Andreas Skrziepitz, nato nel 1967, ha studiato medicina e filologia italiana e tedesca presso la "Scuola Superiore di Medicina" e l'Università "Gottfried Wilhelm Leibniz" ad Hannover. Dottorato in traumatologia. Vive e lavora come autore e giornalista ad Hannover.

## Sommario

Nei suoi lavori teatrali "King Richard III" e "Henry VI" Shakespeare descrive Riccardo III come un mostro malformato. In quest'articolo discuteremo le malattie possibili di Riccardo III di Inghilterra secondo le descrizioni date nelle opere in questione e la tradizione di diffamare l'opponente politico come fisicamente e mentalmente deformato che ha le sue radici nella Grecia antica.

Aveva le braccia magre ma un cuore grande.<sup>1</sup> Questa è la descrizione di Riccardo data dal viaggiatore tedesco Nikolaus von Poppelau che stette nel 1484 per 10 giorni alla corte di Riccardo III. Se questa fosse l'unica notizia lasciata ai posteri dell'ultimo rappresentante della casa di York, egli si troverebbe senza dubbio fra il gran numero di re inglesi oggi dimenticati come Riccardo II, Carlo I o Enrico III.

Grazie a Shakespeare Riccardo III è diventato uno dei più cattivi uomini della letteratura: un mostro anormale che ammazza la sua famiglia per ottenere il trono e neanche esita di fare uccidere i suoi nipotini.

*The son of Clarence have I pent up close  
His daughter meanly have I match'd in marriage  
The sons of Edward sleep in Abraham's bosom,  
And Anne my wife hath bid the world good night.*

(Richard III, IV, 3)<sup>2</sup>

**Il figlio di Clarence l'ho imprigionato  
Sua figlia l'ho accasata sfavorevolmente  
I figli di Eduardo dormono nel grembo di Abramo  
E mia moglie Anna ha detto buona notte al mondo**

Il regno di Riccardo fu molto breve ed è durato solo due anni, dal 1483 al 1485. Egli cadde il 22 agosto 1485 nella battaglia di Bosworth. Il vincitore, Enrico Tudor, divenne il nuovo re: Enrico VII.

Immediatamente i suoi sostenitori hanno iniziato a glorificare la nuova dinastia. Se è vero che dopo la morte di Riccardo almeno 29 persone avessero un diritto maggiore al trono rispetto ad Enrico Tudor<sup>3</sup>, la necessità di giustificare il cambio con la nuova dinastia è evidente. Il pezzo di Shakespeare del 1593 fu solamente l'ultima parte di un gran numero di descrizioni degli eventi. All'inizio c'è la "Historia regum Angliae" di un certo John Rous. Rous fu probabilmente il primo ad affermare che Riccardo avesse passato

due anni nell'utero di sua madre, fosse nato con i denti, i capelli lunghi fino alle spalle e che avesse una gobba.<sup>4</sup>

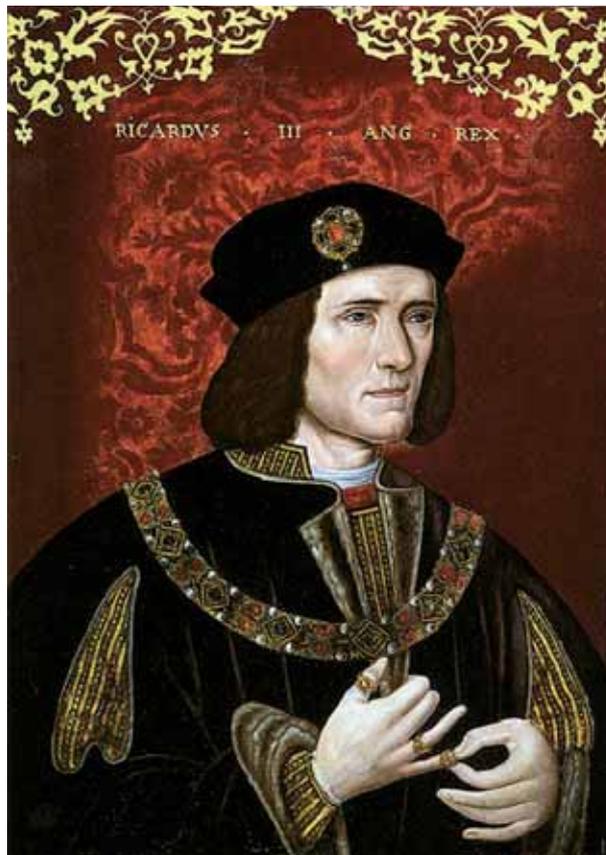
Addirittura Thomas Morus, il famoso autore dell'"Utopia", canonizzato nel 1935, ripeté tutte queste descrizioni nella sua "History of King Richard III" del 1513 e aggiunse qualche dettaglio sul carattere di Riccardo:

ANDREAS SKRZIEPIETZ

*Specialista in traumatologia, autore e giornalista, Hannover*

*Little of stature, ill featured of limmes, croke backed, his left shoulder much higher then his right, hard fauoured of visage /.../ he was malicious, wrathfull, enuious /.../ that the Duches his mother had so muche a doe in her trauaile, that shee coulde not bee deliuered of hym uncutte: and that hee came into the worlde with the feete forward /.../ also not vntothed.<sup>5</sup>*

**Basso di statura, le membra malformate, la schiena gibbosa, la spalla sinistra più**



Richard III, National Portrait Gallery, London

**alta della destra, la faccia sfigurata /.../ era malizioso, stizzoso, invidioso /.../ che la duchessa, sua madre, aveva tanta fatica nel travaglio del parto che non le fu possibile partorirlo senza essere incisa: e venne al mondo con i piedi in avanti /.../ e anche non senza i denti.**

Dei rapporti stampati sulla vita di Riccardo, cioè in una forma particolarmente adatta per essere divulgati, non furono pubblicati prima del 1514. La cosa non deve meravigliare, considerato il fatto che essi descrivono gli eventi solamente dal punto di vista del vincitore: finché c'erano troppi testimoni oculari vivi, la divulgazione di una versione troppo deformata avrebbe probabilmente avuto un effetto controproducente.

Quando Shakespeare nel famoso monologo all'inizio del primo atto fa riflettere Riccardo sulla sua deformazione, il poeta fa parte di una tradizione che durava già da decenni. La questione se l'opera di Morus o, secondo altri, le "Croniche" di Raphael Holinshed o il pezzo "The true tragedie of Richard III" di un anonimo fu il modello di Shakespeare è alla fin fine di poca importanza.<sup>6</sup>

La descrizione delle deformazioni di Riccardo ha impegnato molti clinici a cercare di formulare una diagnosi. Tutto quello che è stato fatto, può essere trovato in "King Richard III". La terza parte di "Henry VI" precisa qualche dettaglio:

*I, that am rudely stamp'd /.../ I, that am curtail'd of this fair proportion /.../ Deform'd, unfinish'd, sent before my time Into this breathing world, scarce half made up, And that so lamely and unfashionable That dogs bark at me, as I halt by them; (I, 1)*  
**Io, che sono grossamente coniato /.../ Io, che sono accorciato di questa bella proporzione**  
**Difformato, incompiuto, mandato prematuramente al mondo respirante, appena a metà finito**

**E così zoppo e brutto**  
**Che i cani abbaiano quando gli passo zoppicando**

*The day will come that thou shalt wish for me To help thee curse this poisonous bunch-back'd toad (I, 3; IV, 4)*

**Verrà il giorno quando mi invocherai**  
**Che io ti aiuti a maledire questo velenoso rospo gibboso**

*Why strew'st thou sugar on that bottled spider (I, 3)*  
**Perché spargevi zucchero su questo ragno a forma di bottiglia**

*That he could gnaw a crust at two hours old (II, 4)*

**Che poteva rosicare una crosta due ore dopo la sua nascita**

*Behold mine arm Is like a blasted sapling, wither'd up (III, 4)*

**Guardate il mio braccio**  
**È come un ramo avvizzito**

*That dog, that had his teeth before his eyes (IV, 4)*  
**Questo cane che aveva i denti prima che i suoi occhi fossero aperti**

*A grievous burden was thy birth to me (IV, 4)*  
**Per me, la tua nascita era un carico dolente**

*... this foul swine (V, 2)*  
**Questo maiale putrefatto**

*To shrink mine arm up like a withered shrub, To make an envious mountain on my back /.../ To shape my legs of an unequal size (3 Henry III, 2)*

**Ad atrofizzare il mio braccio come un arbusto sfiorito**  
**A porre un monte odioso sulla mia schiena**  
**A formare le mie gambe di lunghezza ineguale**

*I came into the world with my legs forward /.../ O, Jesus bless us, he is born with teeth (3 Henry V, 6)*

**Venivo al mondo con le gambe in avanti**  
**O, Gesù ci benedica, è nato con i denti**

Il braccio storpio fa pensare chiaramente a una complicazione ostetrica. Ciò sarebbe in accordo con il rapporto sul parto difficile. Essendo stato tirato per il braccio il plesso brachiale sarebbe potuto essere danneggiato con la conseguenza di una paralisi di tipo Erb o Klumpke.<sup>7</sup>

Dall'altra parte un taglio cesareo, descritto nel rapporto di Morus, esclude questa complicazione. Che "uncutte" significhi "episiotomia" è abbastanza improbabile perché l'episiotomia non fu praticata prima del '700.<sup>8</sup>

Un'altra spiegazione per questa menomazione potrebbe essere una paralisi cerebrale, una complicazione frequente con parto podalico. Nel caso in cui Riccardo, infatti, fosse nato con i piedi verso avanti come descritto da Morus, doveva trattarsi di un parto podalico.<sup>9</sup>

L'aspetto da rospo e la presenza di denti al momento del parto indicano un difetto genetico. Dei pazienti con la sindrome di Klippel-Feil hanno il collo corto e un'attaccatura dei capelli bassa.<sup>10</sup> Questa sindrome consiste anche frequentemente di una deformità di Sprengel che provoca un'elevazione della scapola.

La sindrome di Ellis-Van Creveld<sup>11</sup> è caratterizzata da nanismo e dallo sviluppo prematuro di denti. Il nanismo può anche avere cause endocrinologiche<sup>12</sup>: a causa di una mancanza di ossigeno durante il parto l'ipofisi sarebbe potuto essere danneggiata. Conseguentemente, oltre alla crescita anche il desiderio sessuale sarebbe stato diminuito ("And therefore, since I cannot prove a lover, To entertain these fair well-spoken days" / **dunque, siccome non posso essere un amante in grado di divertire questi allegri giorni eloquenti** (Richard III, I, 1)).

La maldigestione, ad esempio da sintomo di una celiachia, è un'altra spiegazione per una crescita ritardata. In questo caso "bottled spider" sarebbe riferito alla pancia gonfia e alle membra magre, e "foul" all'odore.<sup>13</sup>

Una gobba è una scoliosi, ad esempio causata da un'emiparalisi spastica<sup>14</sup>, o idiopaticamente. Difatti, su ambedue i ritratti del re, la spalla destra è più alta della sinistra. Però secondo Morus la spalla sinistra dovrebbe essere la più alta. Del resto, tutti e due i ritratti furono dipinti dopo la morte di Riccardo.<sup>15</sup> Oltre al fatto che l'uomo rappresentato su questi ritratti non può essere detto brutto, un esame radiografico, compiuto nel 1973, ha rivelato che la spalla elevata è stata dipinta più tardi<sup>16</sup> – magari da un pittore ispirato dal pezzo di Shakespeare o da uno dei modelli menzionati sopra?

Oppure ispirato da una tradizione, molto frequente nelle letterature medievale, che ha le sue radici nella antica Grecia: la bruttezza e la deformazione da segni del moralmente corrotto "outsider"<sup>17</sup>, cioè l'inversione del principio di Kalokagathia (*kalokagathia*), l'identità di bellezza mentale e fisica. Si dice che già qualche tiranno greco sia nato con denti e capelli lunghi.<sup>18</sup> L'aver un rapporto sessuale con defunti e il mangiare bambini fanno parte del loro tipico atteggiamento.<sup>19</sup> Un esempio famoso è il caso di Erode Magno: Secondo il vangelo di Matteo, Erode ordinò l'uccisione di tutti i bambini di Betlemme. Però Matteo è l'unico che racconti quest'episodio. Né gli altri evangelisti né lo storico ebreo Flavio Giuseppe, che dà un rapporto dettagliato del regno di Erode, menzionano l'evento.<sup>20</sup> Un altro esempio lo troviamo nell'Iliade: Tersite è non solo il più brutto dei Greci ma anche il più vile.<sup>21</sup>

A partire dal '100 la funzione allegorica della bruttezza si diffonde sempre di più nella letterature medievale, sia in romanzi, croniche o enciclopedie.<sup>22</sup>

Dante descrive un abate che, secondo lui, ha conseguito illegittimamente il suo posto, come mentalmente e fisicamente deformato ("*mal del corpo intero e de la mente peggio*"<sup>23</sup>). L'asino-papa<sup>24</sup> e altre caricature della riforma sono parte di questa tradizione e marcano l'inizio della caricatura politica.

Anche il cinema, facendo vestire di nero dei mascalzoni come Darth Vader, si serve di quest'immagine. E così il teatro: Amleto è vestito di nero perché quest'abbigliamento è richiamato dal lutto per suo padre, defunto poco prima ("*Tis not alone my inky cloak, good-mother, Nor customary suits of solemn black*". / *Non è solamente il mio mantello nero, buona madre, neanche gli abbigliamenti abituali di solenne nero* (Hamlet I, 2)). Quando Riccardo appare così, com'è il caso di numerose messe in scena, il vestito non può essere derivato da Shakespeare poiché nel pezzo non ci sono cenni ai suoi vestiti.

Sarebbe dunque abbastanza insolito che proprio degli autori umanistici come Morus e i suoi successori non si fossero serviti di questo *topos*. Comunque, non ci sono scritti che risalgono ai suoi tempi sulla deformazione di Riccardo. Al contrario: Nikolaus von Poppelau fu un uomo d'insolita forza fisica.<sup>25</sup> Quando descrive il re come magro, se comparato con se stesso, si può supporre che in verità Riccardo fosse di costituzione normale.

Ma, siamo sinceri, un normale Riccardo sarebbe, dal punto di vista artistico, abbastanza noioso.

#### Note

<sup>1</sup> Kendall PM. Richard the Third. London: Allen & Unwin; 1956. p. 459.

<sup>2</sup> Citazioni dalle opere di Shakespeare: Greenblatt S, Cohen W, Howard JE, Eisaman Maus K, editors. The Norton Shakespeare. New York, London: Norton 1997.

<sup>3</sup> Potter J. Physical deformity of Richard III. Br Med J. 1978 Feb 25; 1(6111): 506-7.

<sup>4</sup> Sylvester RS. Preface (Chapter "Sources"). In: Sylvester RS, editor. The complete works of St Thomas More. Vol. 2, New Haven: Yale University Press 1963. p. lxxv-lxxxv.

<sup>5</sup> Thomas Morus. The history of King Richard III. In: Sylvester RS, editor. The complete works of St Thomas More. Vol. 2, New Haven: Yale University Press 1963. p. 7.

<sup>6</sup> op. cit. n. 3.

<sup>7</sup> Rhodes P. Physical deformity of Richard III. Br Med J. 1977 Dec 24-31;2 (6103): 1650-52.

<sup>8</sup> ibid.

<sup>9</sup> Wolman B, Mansfield O, Dale G: Physical deformity of Richard III (letters). Br Med J. 1978 Jan 28; 1(6107): 234-35.

<sup>10</sup> Rhodes (op. cit. n. 7), p. 1652.

<sup>11</sup> Aird C, McIntosh R. Shakespeare's Richard III and the Ellis-van-Creveld-Syndrome. Practitioner 1978 Apr; 220(1318): 656-62.

<sup>12</sup> Anonimo. Richard III: a royal pituitary dwarf? Lancet. 1991 Aug 24; 338(8765): 480-81.

<sup>13</sup> Dale (op. cit. n. 9), p. 235.

<sup>14</sup> Miller DS, Davis EH. Shakespeare and Orthopedics. Surg Gynecol Obstet. 1969 Feb; 128(2): 358-66.

<sup>15</sup> Rhodes (op. cit. n. 7), p. 1651.

<sup>16</sup> Potter (op. cit. n. 3), p. 506.

<sup>17</sup> Accardo P. Deformity and character. Dr Little's diagnosis of Richard III. JAMA. 1980 Dec 19; 244(24): 2746-47; Bramwell N, Byard R: Richard III. Lancet. 1991 Oct 12; 338(8772): 952.

<sup>18</sup> Heinrich H. Vorwort (Preface). In: Morus T: Die Geschichte König Richards III. (La storia di Riccardo III, traduzione tedesca). Monaco di Baviera: Kösel-Verlag; 1984. p. 81.

<sup>19</sup> Berve H. Die Tyrannis bei den Griechen. Bd. 2. (La tirannia nella Grecia Antica, Vol. 2), Monaco di Baviera: Beck'sche Verlagsbuchhandlung; 1967. p. 526, 594.

<sup>20</sup> Josephus Flavius. The Jewish war; Jewish antiquities. In: Josephus in nine volumes. The Loeb classical library. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. 1979.

<sup>21</sup> Omero: Iliade, II, 212 et seqq.

<sup>22</sup> Lecouteux C. Les monstres dans la litterature allemande du moyen age. Göppingen 1982, p. 311 ff.; Haymes ER, van D'Elden S. The dark figure in medieval German and Germanic literature. Göppingen 1986, passim.

<sup>23</sup> Dante. La divina commedia, Purgatorio 18, 124f. A cura di U Bosco e G Reggio. Firenze: Le Monnier; 1988.

<sup>24</sup> Luther M.D. Martin Luthers Werke, Vol. XI. Weimar: Hermann Böhlhaus Nachfolger, 1900. p. 371 et seqq.

<sup>25</sup> Kendall (op. cit. n. 1), p. 459.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: askrz@web.de

TM



## Certificati medici e IVA

Nella sezione delle FAQ (Frequently Asked Questions) del sito internet dell'Ordine di Firenze è stato pubblicato un articolo che chiarisce alcuni aspetti importanti sulle

questioni fiscali connesse all'emissione dei certificati e delle prestazioni mediche. Si tratta di un breve sunto di quanto emerso nel convegno "Certificati medici e IVA" organizza-

to nel mese di aprile dalla Commissione Formazione dell'Ordine (<http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/l-ordine/faq>).



## IVA su certificati per infortunio INAIL

La Guardia di Finanza della Lombardia ha contestato ad alcuni medici di famiglia fatture emesse per il pagamento dei certificati di infortunio INAIL in esenzione di IVA, sostenendo invece che si tratterebbe di prestazioni da assoggettare ad IVA. La problematica è di difficile soluzione, perché com'è noto, la Risoluzione n. 7/E del 2006 dell'Agenzia delle Entrate distingue a livello concettuale le prestazioni sanitarie in senso stretto (che sono esenti IVA) dalle prestazioni di natura accertativa e peritale e che tendono a far conseguire un beneficio economico per il paziente (che invece sono sog-

gette ad IVA), ma non chiarisce nel concreto se i certificati per infortunio INAIL siano o meno da assoggettare ad IVA. Alcuni esperti sostengono che si tratta di una prestazione in cui il fine principale è la tutela del paziente infortunato e che quindi dovrebbero essere prestazioni esenti da IVA, mentre altri (fra cui evidentemente la Guardia di Finanza) sostengono che il fine principale è far ottenere all'infortunato un beneficio economico, per cui dovrebbero essere assoggettate ad IVA. Nelle more di un chiarimento che è stato sollecitato anche dalla FIMMG Nazionale all'Agenzia delle Entrate, il suggeri-

mento è il seguente: applicare l'IVA sulle fatture per certificati INAIL, in modo da evitare ogni contestazione da parte della Guardia di Finanza, anche se questo si tradurrà in un aggravio economico per il paziente; se si decide di non applicare l'IVA su questo tipo di fatture, bisogna necessariamente aver cura di riportare in fattura la dizione "riscontrata prevalente finalità di tutela della salute". Entrambi questi comportamenti dovrebbero mettere ragionevolmente al sicuro il medico da problemi con gli organi di controllo, nell'attesa di un chiarimento ufficiale dall'Agenzia delle Entrate.

## Epilessia infantile: lo studio del Meyer

I ricercatori dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer e dell'Università di Firenze svelano le cause genetiche di una forma di epilessia infantile su cui i neurologi di tutto il mondo indagavano da 15 anni. Il team diretto dal Prof. Renzo Guerrini, Direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'AOU Meyer, ha scoperto che la malattia è causata dalla mutazione di un gene il cui nome molto complesso è sintetizzato

dalla sigla PRRT2. Si tratta di un tipo di epilessia "a tempo" che inizia nei primi mesi di vita con manifestazioni convulsive ripetute e che cessa entro l'età scolare ma che non è inizialmente distinguibile da altri tipi di epilessia, che tendono invece a persistere per molti anni. La scoperta faciliterà la diagnosi precoce, la scelta del tipo e della durata terapia. In particolare diviene molto più facile, ora che la diagnosi può essere confermata con

un test genetico, pianificare un trattamento farmacologico di breve durata e formulare una prognosi benigna. Una scoperta così importante da meritare la pubblicazione di ben due articoli del gruppo del Prof. Guerrini e di un suo editoriale sul prossimo numero di "Neurology", autorevole rivista internazionale dell'American Academy of Neurology, la più prestigiosa società scientifica neurologica a livello internazionale.

## Violenza sessuale: basta la parola della querelante

Una donna ha denunciato il medico fiscale in quanto, durante la visita di controllo, approfittando della fiducia riposta in ragione del suo ruolo, con violenza la costringeva a subire atti sessuali. Il medico, ovviamente, si è difeso negando l'accaduto. Il fatto è avvenuto senza altri testimoni, per cui durante il processo, è stato necessario chiarire se, in questi casi, si debba dar credito

alla parola della denunciante, oppure se, in mancanza di altre testimonianze, sia impossibile emettere un giudizio di colpevolezza. La Corte di Cassazione, con una sentenza dell'11 ottobre scorso, ha condannato il medico per il reato di violenza sessuale sulla base della sola testimonianza della donna. I giudici, infatti, hanno ritenuto che le dichiarazioni della donna fossero chiare e precise nella

complessiva dichiarazione dei fatti, nonché logiche, coerenti e prive di elementi di incertezza, valutandone la coerenza interna ed escludendo qualsiasi motivo di rancore o di risentimento nei confronti del medico. Tutto questo, secondo la Cassazione, è sufficiente per ritenere credibile la denuncia della donna e, quindi, pronunciare sentenza di condanna nei confronti del medico.

## Test di ammissione ad Odontoiatria

Aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia non esonera dal test di ammissione per il corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria. È quanto affermato dal Tar Abruzzo a seguito del ricorso proposto contro il diniego dell'Università di ammettere uno studente al conseguimento di una seconda laurea. La logica sottostante alla previsione di

una prova preselettiva per l'accesso programmato a taluni corsi di laurea a numero chiuso sta nella necessità di contenere il numero degli studenti per certi corsi di laurea, che, se eccessivamente affollati, non potrebbero garantire adeguati livelli formativi. In quest'ottica, l'accesso programmato mira sì a valutare l'attitudine dei candidati, ma in funzione di defi-

nire il numero ottimale degli iscritti e, perciò, prescinde totalmente dal "curriculum" percorso dallo studente, con il corollario dell'irrelevanza, ai fini di stabilire il numero ottimale di studenti per la frequenza del corso, del fatto che si tratti di uno studente già in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.



## Pensioni ENPAM: la riforma spiegata

Sul "Giornale della Previdenza" di questo mese è pubblicata una serie di articoli e di schemi illustrativi che dimostrano come al momento non ci sia ragione di "correre" al pensionamento anticipato. Viene infatti spiegato che i medici e gli odontoiatri

iscritti all'ENPAM, se permarranno al lavoro almeno un anno dopo l'entrata in vigore del nuovo regolamento, potranno contare su un trattamento pensionistico più favorevole. I colleghi sono quindi invitati a leggere attentamente il "Giornale" per

poter fare le loro scelte con piena cognizione di causa. Il "Giornale" è anche disponibile online sul sito internet dell'ENPAM: <http://www.enpam.it/in-pensione-la-riforma-spiegata#more-18302>.

## Basta ai luoghi comuni sui "dentisti-evasori"

Dopo la polemica scatenata dal modo in cui i media hanno presentato il Rapporto Eures, dando risalto al fatto che il 34% dei dentisti italiani sarebbero evasori, la Commissione Nazionale Odontoiatri è intervenuta nel dibattito. Preliminarmente la Commissione ricorda che da anni chiede una riforma in senso dissuasivo dell'articolo 348 del Codice penale, che ad oggi sanziona con una multa irrisoria chi, non avendo titoli, esercita abusivamente la professione. La Commissione chiede invece che gli abusivi siano colpiti al cuore, con la confisca

definitiva dei beni strumentali, da utilizzarsi poi per opere sociali. Ma tale richiesta finora è rimasta inascoltata. Allo stesso modo, la Commissione chiede, inutilmente e da tempo, un'altra norma, che permetta di portare in detrazione tutte le spese sanitarie (quindi anche quelle dentistiche), obbligando, di fatto, anche i dentisti scorretti al rilascio della fattura. "È più facile lasciare additare al pubblico ludibrio una intera categoria di 59.000 esercenti – per la stragrande maggioranza formata da professionisti qualificati, seri e rispettosi di norme

e regole – per mezzo di servizi giornalistici di forte impatto emotivo e poca attinenza alla verità – constatata, amareggiato, il Presidente della Commissione, Giuseppe Renzo – che colpire 15.000 abusivi, peraltro evasori totali. E allora un dubbio ci assale – conclude –. Queste generalizzazioni distruttive, fondate esclusivamente su parametri di mera economicità e che non tengono conto, per incompetenza e leggerezza, dei profili di qualità e sicurezza delle cure, servono, forse, a distogliere l'attenzione generale dalle nefandezze perpetrate da altri soggetti?"

## Aborti in calo e obiezione di coscienza stabile

Nel nostro Paese prosegue la tendenza alla diminuzione delle interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg) e, nella grande maggioranza dei casi, il ricorso a questo intervento rappresenta l'ultima scelta, essendo stati tentati prima metodi per evitare gravidanze indesiderate. La relazione 2012 sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) presentata in Parlamento dal Ministro della salute Renato Balduzzi conferma il trend di decrescita: 5,6% in meno nell'ultimo anno (109.538 aborti nel 2011 a fron-

te dei 115.981 casi del 2010) e una diminuzione di più della metà rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'Ivg (234.801 casi). Il tasso di abortività italiano inoltre è risultato tra i più bassi dei Paesi industrializzati: pari a 7,8 ogni 1.000 donne nel 2011, con un decremento del 5,3% rispetto al 2010 (8,3 ogni 1.000). Le cause di questa diminuzione sono, sempre secondo Balduzzi, da iscriversi principalmente alla "promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevole" soprattutto tra le donne italiane, mentre per le straniere, il cui tasso è decisamente

più elevato, si ritengono auspicabili interventi di prevenzione mirati sul territorio.

In questo senso, e naturalmente non solo le donne straniere, è necessario in primo luogo potenziare i consultori che costituiscono i servizi di gran lunga più competenti nell'attivazione di reti di sostegno per la maternità.

Nella relazione, si è affrontato anche il tema dell'obiezione di coscienza, che, dopo anni di forte incremento, ha registrato nell'anno in corso una sostanziale stabilizzazione, pur con sensibili variazioni tra nord e sud.

## ECM per i liberi professionisti. Le precisazioni del Sottosegretario alla Salute

I problemi dei liberi professionisti legati alle norme che regolano il sistema ECM arrivano in Parlamento grazie all'interrogazione presentata in Commissione Sanità della Camera dall'Onorevole Gianni Mancuso con l'obiettivo di capire se il Governo intenda assumere iniziative per una revisione della disciplina dei crediti ECM, prendendo in considerazione la possibilità di prevedere un numero minore di crediti obbligatori; se il Governo intenda prevedere una forma agevolativa di conseguimento dei crediti ECM per i liberi professionisti, come, ad esempio, il conseguimento di corsi

erogati gratuitamente attraverso il sito del Ministero della salute". A farsi carico di chiarire questi punti il Sottosegretario alla Salute Adelfio Elio Cardinale che ricorda come la Commissione nazionale per la formazione continua ha affrontato le problematiche in questione, "in occasione della stesura del recente Accordo Stato Regioni 19 aprile 2012, concernente il nuovo sistema di formazione corrente in medicina. Pertanto, nel merito del primo quesito, è stata prevista la possibilità «per tutti i professionisti sanitari di riportare nel triennio precedente (2008-2010) fino a 45 crediti», decurtando, conseguente-

mente, il numero di crediti formativi prescritti (105 anziché 150). Inoltre, l'Accordo ha stabilito in favore della categoria dei liberi professionisti che «i liberi professionisti possono acquisire i crediti formativi attraverso modalità flessibili per crediti/anno», consentendo agli stessi, una flessibilità rispetto al range 25/75 crediti annui, previsto per tutti i professionisti sanitari. In virtù dell'Accordo è stato consentito che i liberi professionisti possono liberamente acquisire da 0 a 150 crediti formativi soddisfacendo, così, l'obbligo formativo prescritto nel corso di un solo anno di aggiornamento".



## Medici militari e medicina del lavoro

Com'è noto, i medici appartenenti alle Forze Armate e alla Polizia di Stato che svolgevano funzioni di medico del lavoro all'interno della loro Amministrazione, sono stati autorizzati dal Decreto Legislativo 81/2008 a continuare a svolgere tale attività, anche se sprovvisti della specializzazione in Medicina del Lavoro, purché in possesso di un'esperienza professionale specifica di almeno quattro anni. Era sorto il dubbio se tale auto-

rizzazione consentisse loro di esercitare la medicina del lavoro, non solo all'interno dell'Amministrazione di appartenenza, ma anche all'esterno, presso aziende private. Il Ministero della Salute ha invece precisato che tale possibilità non sussiste. Se infatti l'esperienza quadriennale maturata dal medico nel settore del lavoro può essere ritenuta adeguata per lo specifico settore di impiego militare, ciò costituisce un limite per poterla

considerare rispondente alle esigenze di conoscenza specialistiche richieste al medico del lavoro per operare in altri settori. Pertanto i medici militari autorizzati a continuare a svolgere le funzioni di medico del lavoro all'interno della loro Amministrazione non possono estendere tale autorizzazione per fare il medico del lavoro al di fuori di tale specifico ambito.

## Al Meyer aperte due nuove attività in day hospital

Al Meyer sono attive due nuove attività in day hospital, allestite al primo piano della palazzina centrale dell'ospedale: quella di Neuro-Oncologia per i bambini con tumori al

sistema nervoso cerebrale e quella di Malattie metaboliche per le terapie infusionali enzimatiche sostitutive. L'aver voluto creare locali dedicati al day hospital di Neuro-oncologia,

con 4 posti letto, rappresenta solo un aspetto di un più ampio percorso di miglioramento dell'attività di assistenza e ricerca nella Neuro-Oncologia, in costante crescita.

## Il Direttore Sanitario responsabile della pubblicità

Il Direttore Sanitario di una struttura odontoiatrica era stato sanzionato dall'Ordine con due mesi di sospensione perché la struttura aveva effettuato pubblicità sanitaria in modi e forme non corrette. Il professionista ha fatto ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie sostenendo di non es-

sere responsabile del fatto, in quanto la pubblicità era stata promossa dalla proprietà della struttura, senza il suo coinvolgimento. Ma la Commissione Centrale gli ha dato torto, confermando la sanzione dell'Ordine. Il Direttore Sanitario, infatti, non può limitarsi a "chiamarsi fuori" dalle iniziative pubblicitarie intraprese dalla pro-

prietà della struttura, in quanto su di lui ricade la responsabilità deontologica del contenuto delle informazioni, per cui era suo dovere agire affinché l'iniziativa fosse ricondotta entro i canoni della correttezza. Anche la Corte di Cassazione, successivamente adita dal professionista, ha confermato questa posizione.

## Ulipristal Acetato: un nuovo farmaco per la contraccezione di emergenza

Disponibile da qualche mese in Italia come contraccettivo di emergenza, l'Ulipristal acetato ha suscitato un notevole dibattito che ben presto, come del resto prevedibile, si è esteso anche oltre i confini della sola speculazione medico-scientifica.

Per questo motivo, allo scopo di fare la massima chiarezza in materia e di fornire ai medici, indipendentemente dalle proprie convinzioni personali, la possibilità di fare scelte terapeuti-

che in piena consapevolezza, la Società Italiana di Contraccezione (SIC) e la Società Medica Italiana per la Contraccezione (SMIC), con il supporto della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO), hanno elaborato un documento dal titolo significativo: "Ulipristal acetato, un nuovo farmaco per la contraccezione di emergenza: aspetti clinici, medico-legali e percorsi di utilizzo". Vi si trova proprio di tutto, "al fine (si legge nel preambolo del do-

cumento) di consentire a tutti i medici una corretta e consapevole prescrizione della contraccezione di emergenza, nel rispetto dei loro principi etici e deontologici e nella piena tutela della loro libertà ed indipendenza". Il documento integrale può essere consultato sul sito della Società Italiana della Contraccezione: <http://www.sicontraccezione.it/publicazioni/pdf/SICSMiculipristal2012.pdf>

## La Consulta bocchia la conciliazione obbligatoria

Al termine della Camera di Consiglio di questi giorni la Corte costituzionale, in una nota, ha comunicato di aver dichiarato l'illegittimità costituzionale per eccesso di delega legislativa, del Dlgs n. 28 del 4 marzo 2010, nella parte in cui ha previsto il carattere obbligatorio della mediazione nelle controversie commerciali e civili, tra cui quelle

in ambito sanitario. La speranza dei fautori era di sgonfiare il contenzioso medico-paziente nei tribunali e arginare la medicina difensiva. Non si scompone il ministro della Giustizia Paola Severino. «Non ho letto le motivazioni ma la valutazione di legittimità è solo su una parte della delega che è stata esercitata dal precedente Governo. Non posso che prenderne

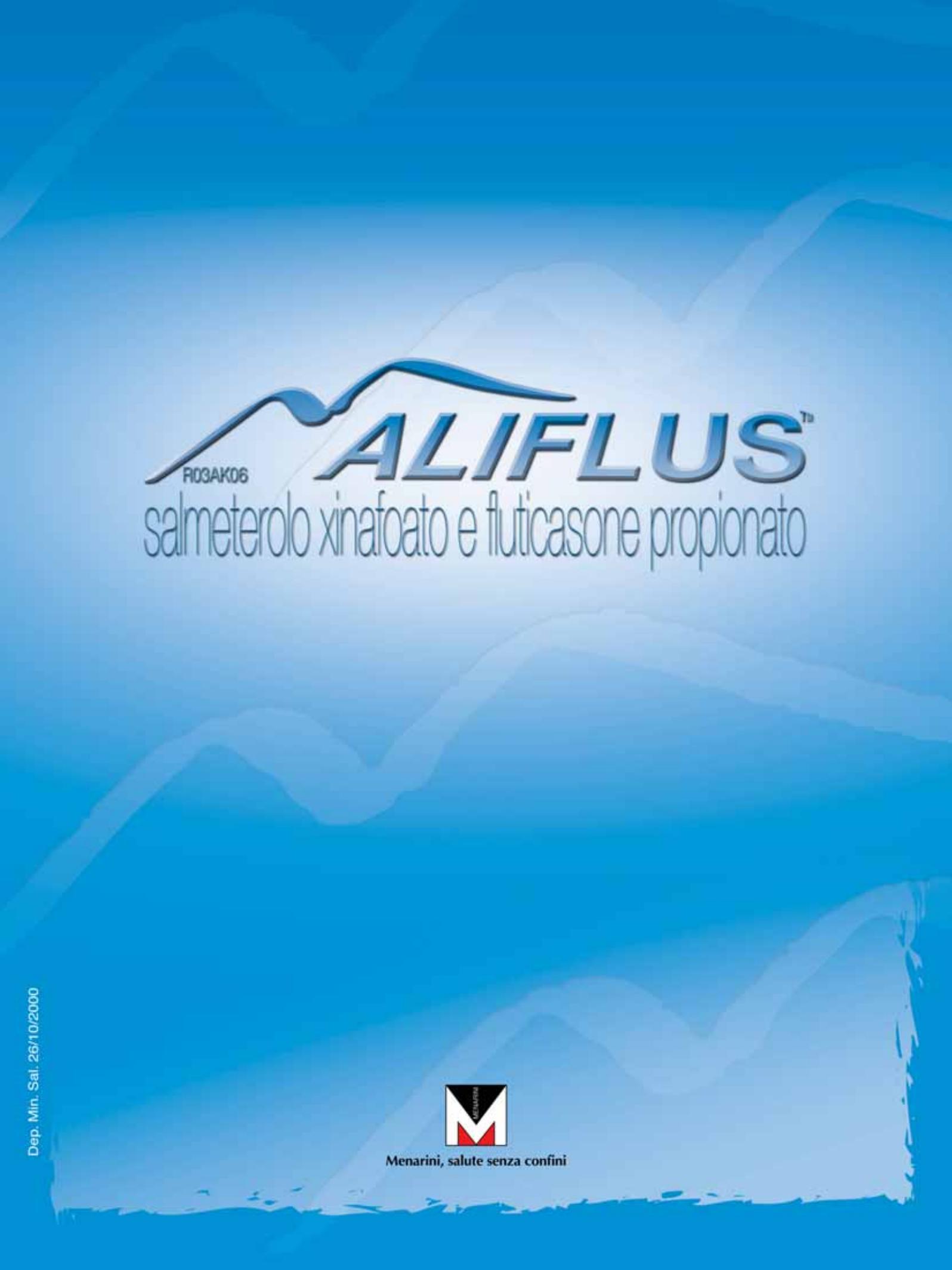
atto». E comunque - ha aggiunto il ministro - «stavamo già ragionando con gli avvocati sul tema della mediazione. Gli istituti funzionano nel tempo, con la pratica, e questo stava iniziando a funzionare. Rimane comunque quella facoltativa: vuol dire che lavoreremo sugli incentivi».

## È reato minacciare il medico ospedaliero

Il compagno di una donna in travaglio è stato condannato per i reati di minaccia a pubblico ufficiale, lesioni e danneggiamento. Il comportamento ritenuto penalmente rilevante si era consumato all'interno di una struttura ospedaliera ed era stato finalizzato a sollecitare i medici all'intervento in favore della propria compagna che, secondo l'uomo non

veniva adeguatamente assistita. La Corte di Cassazione (sent. 35898 del 18/09/2012) ha evidenziato come la condotta concreta, nella vicenda specifica, sia da qualificarsi idonea ad integrare l'elemento costitutivo del delitto di violenza o minaccia al pubblico ufficiale, essendo diretta a costringere la parte offesa (cioè i medici) ad una scelta dei tempi di intervento del

tutto personale, individuati prescindendo dalla valutazione complessiva delle esigenze del reparto e degli altri pazienti. Solo ai medici, afferma la Corte, per il ruolo rivestito e le competenze loro attribuite, è demandata la piena autonomia valutativa. Come a dire: le modalità e i tempi dei trattamenti sanitari li decidono i medici e non i parenti dei ricoverati.



R03AK06

# ALIFLUS<sup>TM</sup>

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

*Manfredo Fanfani*

## Una storia di aureole e di cappelli



QUANDO L'ABITO  
NON FACEVA IL MONACO,  
MA FACEVA IL MEDICO

*In pubblicazione prossimamente nella rivista*