



# ToscanaMedica

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



## **Gestire il diabete oggi**

T. Brocca, L. Degli Esposti, D. Grisillo,  
G. Landini, E. Mannucci, A. Messori, F. Pieralli

## **Organizzazione Toscana Trapianti**

A. Peris e coll.

## **Meno razionamento, più ragionamento**

G. Berni, L. Tonelli

## **Come si partorisce in Toscana**

A. Veneziani

# **N° 10 NOVEMBRE/DICEMBRE 2013**



**Priligy**<sup>®</sup>  
Dapoxetina

Depositato presso AIFA in data 06/05/2013

<b>LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA</b>	
■ L'arte russa, finestra sull'oriente <i>F. Napoli</i>	4
<b>EDITORIALE</b>	
■ Lasciateci lavorare <i>A. Panti</i>	5
<b>OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani</b>	
■ Gestire il diabete oggi <i>T. Brocca, L. Degli Esposti, D. Grisillo, G. Landini, E. Mannucci, A. Messori, F. Pieralli</i>	6
■ La pandemia del XXI secolo <i>A. Panti</i>	13
<b>QUALITÀ E PROFESSIONE</b>	
■ Come si partorisce in Toscana <i>A. Veneziani</i>	14
■ Non dimenticare le terme <i>A. Galassi</i>	21
■ "Revalidation" <i>L. Tonelli</i>	23
■ Medicina predittiva ed etica medica <i>M. Barni</i>	25
■ Un singolare caso di allergia ad idrolisato spinto di latte vaccino in una lattante <i>I. Mattei</i>	26
■ Liberté, égalité, fraternité... e sostenibilità <i>A. Panti</i>	27
■ Più danni che benefici <i>P. Pini</i>	29
■ Meno ragionamento, più ragionamento <i>G. Berni e coll.</i>	30
■ Stili di vita e medicine complementari <i>S. Baccetti e coll.</i>	33
<b>RICORDO</b>	
■ Aldo Bolletti: la storia dell'Anestesiologia <i>R. De Gaudio</i>	32
<b>BACHECA</b>	32
<b>LETTERE AL DIRETTORE</b>	
■ Ancora sul dolore in Toscana <i>R.D. Mediati</i>	34
<b>RICERCA E CLINICA</b>	
■ Nuove frontiere nella terapia delle lesioni addominali solide benigne e maligne <i>C. Raspanti e coll.</i>	35
■ Verso una terapia personalizzata della malattia aterosclerotica <i>G. Nuzzaci</i>	57
■ Il trauma epatico a Careggi <i>R. Giudicessi e coll.</i>	58
■ Severa ipoalbuminemia in un lattante trattato con una inappropriata dieta ipocalorica <i>F. Tubili e coll.</i>	61
■ La mortalità della popolazione straniera in Toscana <i>A. Sala e coll.</i>	63
<b>OTT - ORGANIZZAZIONE TOSCANA TRAPIANTI</b>	
■ I dati del Centro Regionale Allocazione Organi e Tessuti <i>M. Bombardi</i>	37
■ CRAOT: le basi operative del Coordinamento Inter Regionale <i>L. D'Antonio</i>	42
■ Il Coordinamento delle Attività di Donazione e Prelievo di Organi e Tessuti da cadavere nell'Area Vasta Sud-Est <i>A. Nativi</i>	43
■ Il coordinamento delle attività di donazione e prelievo di organi e tessuti da cadavere nell'Area Vasta Nord-Ovest <i>P. Lopane</i>	44
■ Il coordinamento delle attività di donazione e prelievo di organi e tessuti da cadavere nell'Area Vasta Centro <i>S. Bagatti</i>	45
■ L'area organizzativa, di monitoraggio del processo, verifica dei risultati e Centro informativo regionale donazione e trapianto (CIRDT) <i>A. Saviozzi</i>	46
■ Le attività per la qualità e sicurezza nell'Organizzazione Toscana Trapianti <i>T. Bellandi</i>	47
<b>REGIONE TOSCANA</b>	
■ Speciale vaccinazione antinfluenzale <i>M. Ruggeri, P. Bonanni, M.G. Santini</i>	50
■ Percorsi diagnostico-terapeutici per il diabete nell'adulto tra ospedale e territorio	52
<b>CORSI E CONGRESSI</b>	62
<b>MEDICINA LEGALE</b>	
■ Il referto medico nell'infortunio e nelle malattie professionali <i>M. Graev</i>	64
<b>SANITÀ NEL MONDO</b>	
■ Cooperazione sanitaria internazionale. BRICS vs G7 <i>M.J. Caldes e coll.</i>	66
<b>STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA</b>	
■ La forchetta di Caterina De' Medici <i>M. Fanfani</i>	68
<b>FRAMMENTI DI STORIA</b>	
■ Ricordi di vita vissuti <i>A. Fusi</i>	72
■ Il mal caduco di Lodovico Cardi Cigoli <i>F. Praticchizzo</i>	73
<b>LETTI PER VOI</b>	75
<b>VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani</b>	76
<b>NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi</b>	77

# ToscanaMedica

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



Fondato da  
**Giovanni Turziani**

Anno XXXI n. 10 - Nov./Dic. 2013  
Poste Italiane s.p.a.  
Spedizione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta  
*Grigorij Coros-Gurkin,*  
"Lago degli spiriti delle montagne", 1909.

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

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



## L'arte russa, finestra sull'oriente

**D**ai grandi spazi innevati presenti nell'opera "Lupi nella notte" di Aleksej Stepanov posta nella prima sala di mostra, alla sovrachiante natura del grande quadro "Eclisse" di Aleksandr

FEDERICO NAPOLI

Borisov collocato nell'ultima: tra questi due estremi si sviluppa la mostra "L'Avanguardia russa, la Siberia e l'Oriente" organizzata dalla Fondazione Palazzo Strozzi di Firenze. Spazi immisurabili quelli di Stepanov: ma anche nelle opere poste all'inizio di Wassily Kandinsky e di Kazimir Malevic ritroviamo la stessa immensità, lo smarrimento di fronte al non delimitabile: per il primo si tratta di una dimensione interiore, per il secondo è un modo per cogliere l'assoluto lontano da ogni riferimento oggettivo.

La mostra racconta un aspetto dell'arte russa che nei primi venti anni del Novecento la vede anello di congiunzione fra Occidente e Oriente, fra materialismo e spiritualismo, fra Europa e Asia; ma con preponderanza di uno sguardo volto verso il lontano Est, radice che affiora in tanti autori: Leon Bakst con l'esotica "Danza sacra siamese"; Il'ja Maskov con riprese formali dal mondo iraniano; Alexandre Benois con chiari riferimenti alla xilografia cinese; Aristarch Lentulov con l'opera "Vecchio castello in Crimea".

Ma in modo altrettanto preciso affiorano anche conoscenze del mondo europeo, in anni in cui si sviluppano forme astratte ed informali, cubiste e simboliste: ritroviamo echi da Klimt nella sensuale opera "Donna con serpenti" di Nikolaj Kalmakov; spunta la pennellata di Vuillard nel quadro di Aleksej Kravcenko; le nature morte della Natal'ja Goncarova sono appoggiate su piani ribaltati alla Braque.

Un grande mondo quello della Russia ai primi del Novecento, quando ancora regnavano i Romanov, per sua stessa natura geografica "terra di confine" essendo limitrofa a Cina, India, Giappone, Tibet, Turchia ed avendo all'interno della vasta area siberiana etnie diverse riunite un tempo sotto la comune dizione "samoiedi"; oltre ad essere naturalmente in contatto con aree religiose diverse, da quella musulmana (Turchia, Caucaso) a quella buddista (Mongolia), fino all'ortodossa (ancora la regione caucasica).

Ma i grandi spazi portano alla solitudine, al preponderante valore del tempo legato allo spostamento fisico e questo aspetto introduce alla riflessione interiore, facendo cogliere l'animismo insito

nella natura stessa: per questo in mostra sono esposte sculture di legno generalmente risalenti alla fine dell'Ottocento ed utilizzate per riti sciamanici: piccole opere antropomorfe appena sbazzate sfruttanti la forma che in origine il materiale ha ricevuto

dalla stessa natura.

Oggetti taumaturgici, arcaici, legati al rito, a forme religiose tribali, spiriti protettori e dei boschi che egualmente suggestionano artisti russi: non solo nel caso dei ripetuti idoli in Dmitrij Caplin e in Michail Matjusin, ma anche in quello di Kandinsky – autore del testo rivelatore "Lo spirituale nell'arte" – quando nei quadri di quest'ultimo (1917-19) ritroviamo la raccolta dei segni racchiusa all'interno di una forma circolare che rimanda al tamburo sciamanico.

Qualche anno dopo xilografie e stampe di propaganda documentano in mostra la guerra russo-giapponese (1904-5), a cui segue un breve moto rivoluzionario, cui farà riferimento il regista Ejzenstejn con il film "La corazzata Potemkin"; poi, con la successiva "Rivoluzione di ottobre" avverrà una decisa modifica nel modo di comunicare attraverso la pittura, la grafica e la scultura in favore di un'arte considerata più chiara e diretta e di cui in mostra può mostrare echi l'opera "Testa" di Malevic (1928-9).

La mostra che durerà fino al 19 gennaio è curata da John E. Bowl, Nicoletta Misler e Evgenija Petrova.

### L'Avanguardia russa, la Siberia e l'Oriente

Firenze, Palazzo Strozzi

fino al 19 gennaio 2014

orario: tutti i giorni 9,00-20,00; giovedì 9,00-23,00



Leon Bakst, "Danza sacra siamese", 1901.



# Lasciateci lavorare

ANTONIO PANTI

**L**a medicina cambia tumultuosamente e le innovazioni sono quasi quotidiane. La tecnica e le conoscenze avanzano con andamento logaritmico e pongono ai medici problemi non irrilevanti di tenuta professionale. E basti pensare alla genomica, alla medicina sistemica, alla medicina predittiva, alle cosiddette *converging technologies*, la robotica, le nanotecnologie, la biotecnologia, l'ict con tutte le sue mirabolanti applicazioni dagli RFID ai chips neuronali, e via e via. Continuamente nascono nuovi farmaci sempre più costosi e nuovi *devices*; la chirurgia e l'anestesiologia dispongono di strumenti radicalmente innovativi.

Al di là dei costi incrementali (in medicina l'innovazione aumenta i costi, non li diminuisce) un fatto è certo: una nuova medicina esige una rinnovata organizzazione sanitaria. In poche parole i piccoli ospedali, gli ambulatori specialistici periferici, i vecchi studi del medico di famiglia, debbono convertirsi secondo le nuove offerte tecnologiche e i nuovi bisogni della popolazione. Altrimenti rischiano di mettersi fuori gioco in un mondo globalizzato dove le novità si diffondono con la rete in tempo reale.

I medici, con poche eccezioni (non è facile per nessuno cambiare), sono disponibili a seguire, spesso anticipare, gli opportuni cambiamenti cognitivi e organizzativi. I professionisti sono curiosi del nuovo e guardano con speranza ad ogni possibile miglioramento delle cure offerte ai pazienti. Al contrario molti politici pongono ostacoli al cambiamento, quasi fossero legati al mantenimento in vita di una macchina desueta ma portatrice di consenso locale.

Cambiare è sempre stato difficile, ricordiamo il detto che non è difficile avere idee

nuove, difficilissimo è abbandonare quelle vecchie. Ma ancora pochi decenni or sono esistevano i sanatori per curare i malati di tbc e le colonie marine per i bambini rachitici, mentre le rianimazioni erano agli albori e bisognava investirvi denaro per crearle.

Di fronte alla scoperta degli antibiotici e delle terapie intensive cardiorespiratorie è stato necessario chiudere i sanatori e cambiare radicalmente l'organizzazione delle vecchie IPAB per far nascere i moderni ospedali. Cosa sarebbe accaduto della salute della popolazione se qualcuno avesse voluto tenere in vita i sanatori e opporsi alla trasformazione degli ospedali e della medicina generale, dal medico della mutua al moderno medico di famiglia?

Eppure non si riesce a far decollare il nuovo sistema assistenziale territoriale, fondato sulle associazioni dei medici generali, e a trasformare i piccoli ospedali, perché ci sono politici che difendono l'esistente, la piccola maternità che fa pochi parti, l'ambulatorio specialistico periferico, l'ospedalino, fino alla ridicola guerra per la centrale operativa del 118, che potrebbe stare anche fuori regione e che al massimo porterà giovamento economico al bar sottostante.

Sarebbe bello che i tecnici fossero lasciati lavorare in pace. La sanità non può diventare strumento di conflittualità politiche o di miopi ricerche del consenso. La scienza, è vero, non è democratica e, per questo, è bene che i controlli esterni vi siano. Ma la scienza è lo strumento più idoneo finora inventato per migliorare la salute della gente. Allora affidarsi di più ai medici per le scelte sanitarie non sembra troppo pretendere.

TM



# Gestire il diabete oggi

**TOSCANA MEDICA** – Iniziamo la discussione con un inquadramento generale del diabete, focalizzando l'attenzione sui molteplici aspetti di questa importante condizione patologica.

**MANNUCCI** – Dal punto di vista epidemiologico negli ultimi 25 anni la prevalenza del diabete è praticamente triplicata e le stime attuali parlano in Italia di percentuali che oscillano dal 4,5 al 6,5% a seconda delle tecniche di indagine impiegate. I fattori responsabili di questa crescita sono essenzialmente l'invecchiamento della popolazione, il sovrappeso e l'obesità e la sempre più preoccupante mancanza di attività fisica da parte di molte classi di persone.

Questo significa un conseguente incremento di tutte le complicanze specifiche del diabete, raramente letali ma altamente invalidanti come la retinopatia, la nefropatia, la maggiore possibilità di andare incontro ad un aumento significativo del rischio cardiovascolare che, secondo stime attendibili, può raggiungere il 60-70% nei maschi diabetici e ben il 90-100% nelle femmine affette dalla medesima patologia. Ben si capisce quindi quale sia l'influenza del diabete sulla salute complessiva della popolazione.

**LANDINI** – Si calcola che ad oggi circa il 7% della popolazione toscana sia affetto da diabete e questa cifra assai significativa conferma le indicazioni delle consensi internazionali che raccomandano un coinvolgimento complessivo dei servizi sanitari per affrontare la situazione in tutti i suoi molteplici aspetti. Gli interventi consigliati sono pertanto quelli di prevenzione primaria essenzialmente con la modifica degli stili di vita, di diagnosi precoce, di miglioramento dell'organizzazione di cura basata sulla centralità del paziente e dei suoi numerosi bisogni assistenziali.

**TOSCANA MEDICA** – Il diabete quindi è una malattia che “costa” moltissimo.

**LANDINI** – I costi, sia diretti che indiretti, sono davvero molto alti ed i primi rappresentano in Italia ben il 9% di tutta la spesa sanitaria, calcolando che un paziente diabetico “costa” in un anno circa 2.600 Euro, spesi non tanto per i farmaci quanto piuttosto per il trattamento della comorbidità, delle complicanze e per i ricoveri ospedalieri. Per questo è importante anche dal punto di vista economico che la malattia venga gestita al meglio durante tutto il suo iter.

**BROCCA** – In merito ai costi, sono da considerare anche quelli relativi ai presidi per l'autocontrollo della glicemia (strisce reattive e aghi per penne) che incidono mediamente per 152 euro a paziente l'anno, anche se, a mio avviso, buona parte della spesa è da considerare un investimento/risparmio, in quanto una corretta gestione del monitoraggio della glicemia e una buona compliance

nella terapia, sono tra i fattori utili nella prevenzione delle complicanze del diabete. In questo settore il servizio farmaceutico aziendale è impegnato, in collaborazione con le farmacie di comunità, per la distribuzione capillare a tutti i pazienti affetti da diabete, sia di tipo 1, 2 e gestazionale, delle strisce reattive per l'autocontrollo della glicemia insieme ai presidi utilizzati nelle terapie iniettive. Tale attività garantisce la fornitura dei presidi citati a oltre 35.000 pazienti residenti nella nostra

azienda, attraverso un percorso diagnostico terapeutico snello dal punto di vista burocratico e privo di oneri diretti a carico del paziente.

**PIERALLI** – In effetti, anche se è stato stimato che circa l'80% dei costi del diabete sia legato alle sue complicanze (con particolare riferimento a quelle cardio-vascolari), non bisogna tuttavia dimenticare che un peso economico, difficilmente quantificabile con esattezza ma comunque non trascurabile, è legato anche agli effetti avversi di alcune terapie ipoglicemicizzanti, in primo luogo alle ipoglicemie.

**TOSCANA MEDICA** – In Toscana esiste un percorso standardizzato che si prenda carico in modo globale del soggetto affetto da diabete? Ed in caso positivo, prendendo spunto dall'osservazione del dott. Pieralli, gli effetti indesiderati di alcune terapie possono essere in qualche modo correlabili ad eventuali problematiche del percorso regionale di assistenza?

**MESSORI** – La domanda è molto interessante perché il diabete, soprattutto nell'attuale congiuntura socio-politica, rappresenta un modello assai utile da applicare al monitoraggio su vasta scala di intere popolazioni. Oggi infatti sia le autorità regolatorie che le istituzioni centrali e regionali tendono a monitorizzare quanto più possibile le intere classi di popolazione che vengono sottoposte ad un determinato trattamento, secondo il concetto delle cosiddette “evidenze totali”; tali evidenze, gestite per lo più con appositi registri, prendono in esame i risultati ottenuti sulla totalità di una determinata

TERESA BROCCA<sup>1</sup>, LUCA DEGLI ESPOSTI<sup>2</sup>,  
DARIO GRISILLO<sup>3</sup>, GIANCARLO LANDINI<sup>4</sup>,  
EDOARDO MANNUCCI<sup>5</sup>, ANDREA MESSORI<sup>6</sup>,  
FILIPPO PIERALLI<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Direttore del Dipartimento del Farmaco dell'Azienda Sanitaria Firenze

<sup>2</sup> Economista CliCon - Health, Economics & Outcomes Research

<sup>3</sup> Medico di Medicina Generale, Arezzo

<sup>4</sup> Direttore Dipartimento Medicina e Specialistiche Mediche, Azienda Sanitaria Firenze

<sup>5</sup> Direttore Agenzia Diabetologia, AOU Careggi, Firenze

<sup>6</sup> Dirigente Unità Health Technology Assessment dell'Area Vasta Centro

<sup>7</sup> Medicina Interna e d'Urgenza - AOU Careggi, Firenze

## PARTECIPANO



Teresa Brocca



Luca Degli Esposti



Dario Grisillo



Giancarlo Landini



Edoardo Mannucci



Andrea Messori



Filippo Pieralli

coorte affetta da una certa condizione di patologia. Seguendo questo approccio, le prime indagini sono state rivolte a classi relativamente piccole, quali ad esempio quelle comprendenti soggetti con malattie rare o numericamente poco significative. Oggi si tende a progredire ulteriormente su questa strada ed a prendere in considerazione anche situazioni patologiche molto diffuse, tra le quali appunto il diabete che ben si presta al monitoraggio sistematico di una determinata popolazione.

Questo per due motivi principali. In primo luogo perché si tratta di una malattia per la quale esistono farmaci specifici sia per il tipo 1 che per il 2; secondariamente perché oggi tutti i professionisti impegnati a vario titolo nella gestione del paziente diabetico stanno lavorando attivamente per arrivare ad una registrazione sistematica dei trattamenti impiegati e degli esiti analizzando le informazioni ottenute dai database delle prescrizioni farmaceutiche e dei relativi costi, dalle SDO (Schede di

Dimissione Ospedaliera) e dagli accertamenti diagnostici richiesti ed effettivamente eseguiti. In altre parole, secondo l'intendimento ad esempio dell'AIFA, anche nel caso del diabete si tenta con qualche difficoltà di passare dai "vecchi" registri orientati sul farmaco a quelli di più moderna concezione incentrati sulla patologia. Alcuni farmaci come le incretine rappresentano infatti un'occasione preziosa di sinergia tra le conoscenze tecnico-scientifiche e la sistematicità del monitoraggio.

La speranza è che nei prossimi anni non si parli più dei costi di una certa malattia sulla base di valutazioni "locali" (regionali oppure magari a livello di singola Asl o di singolo ospedale), ma servendosi di informazioni sistematizzate ed ottenute a livello di intere popolazioni.

**TOSCANA MEDICA** – *In uno scenario quale quello appena descritto quale dovrebbe essere il ruolo del medico, sia del territorio che dell'ospedale e quali le forme più idonee della loro collaborazione?*

**GRISILLO** – In Toscana oggi iniziamo a disporre di alcuni dati sperimentali relativi a questa nuova metodologia di approccio basata essenzialmente sulla medicina di iniziativa che periodicamente invita il paziente a visite e controlli senza aspettare che sia lui a rivolgersi al medico in caso di bisogno. La scelta effettuata nella nostra Regione è caduta sul cosiddetto Chronic Care Model Expanded (CCME), cioè un modello di richiamo attivo dei cittadini da parte di un team multiprofessionale che lavora in maniera integrata e condivisa seguendo specifici protocolli diagnostico-terapeutici. L'aggettivo Expanded si riferisce all'osservazione, anche da noi rilevata in Toscana, che un paziente ben informato e responsabilizzato sul proprio stato di malattia può entrare a pieno titolo a fare parte del team di cura, imparando a gestire, per quanto di sua competenza, la malattia da cui è affetto e a monitorizzarne l'andamento. Proprio il diabete ha rappresentato uno dei primi percorsi attivati in Toscana secondo questo modello organizzativo.

Tuttavia a mio parere è necessario un ulteriore salto di qualità che sempre di più ci porti a curare le persone e non tanto le malattie: per fare questo non si può che implementare al massimo le istanze di una medicina sempre più attiva e di reale iniziativa.

**TOSCANA MEDICA** – *Anche il diabete pertanto potrebbe venire inserito a pieno titolo all'interno del moderno concetto di "medicina personalizzata"?*

**GRISILLO** – In linea di massima direi di sì, anche se non dobbiamo dimenticare che, se da un lato le singole patologie che colpiscono un paziente non possono essere sempre e comunque considerate un unicum, dall'altro non si deve però incorrere nell'errore di "scomporre" eccessivamente il nostro assistito. In pratica ad oggi appare praticamente impossibile costruire un modello assistenziale basato su una serie di richiami separati ed indipendenti per gestire la polipatologia presente in un determinato soggetto: noi infatti abbiamo di fronte una persona a beneficio della quale mettere in atto tutta una serie di iniziative diversificate a miglior tutela possibile del suo stato di salute.

Ovviamente il modello del Chronic Care Model (CCM), se correttamente applicato, può apparire molto utile per razionalizzare i costi dell'assistenza, visto che tutti i professionisti attivi all'interno di percorsi strutturati e condivisi agiscono in modo da evitare duplicati, ad esempio, di accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio.

**BROCCA** – Ritengo che l'impegno del Servizio Farmaceutico Aziendale nell'assicurare assistenza ai pazienti diabetici possa rappresentare un esempio di applicazione, seppur migliorabile, dei concetti di Chronic Care Model; innanzi tutto viene realmente applicato il concetto della autocura e controllo, facilitando l'utilizzo in autonomia delle strisce diagnostiche, insieme ad un impiego efficiente delle risorse della comunità attraverso il coinvolgimento delle farmacie aperte al pubblico nella distribuzione dei presidi e nella applicazione dei metodi di pharmaceutical care. Inoltre, tutto il sistema poggia su una piattaforma informatica che, oltre a gestire il lavoro in modo razionale, è in grado di fornire una raccolta sistematica di dati utili al miglioramento del sistema e alla conoscenza delle varie implicazioni sociali e sanitarie della patologia diabetica. Infine, il supporto delle decisioni prese si realizza attraverso la applicazione delle linee guida regionali garantendo, quindi, affidabilità nelle attività svolte.

**MANNUCCI** – A livello di medicina generale l'applicazione di un CCM "unificato" tra varie patologie croniche appare senza dubbio assai utile, mentre lo stesso non può dirsi sul versante della specialistica, dove esiste una inevitabile, seppure parziale, separazione dei percorsi e la specificità per patologia è inevitabile ed assolutamente da salvaguardare.

Per quanto riguarda il CCM, anche se la Toscana si è da sempre mossa con grande efficacia e tempestività in questo settore, rappresentando un esempio virtuoso anche a livello nazionale, è oggettivamente vero che molte cose sono ancora da migliorare.

Vedendo nella mia attività lavorativa tanti pazienti provenienti da tutta la Regione osservo che in Toscana ad oggi non esiste un solo CCM per il diabete, ma tanti modelli diversi, non sempre dovuti a reali specificità di esigenze locali, che si traducono in una disparità delle prestazioni erogate e della qualità assistenziale.

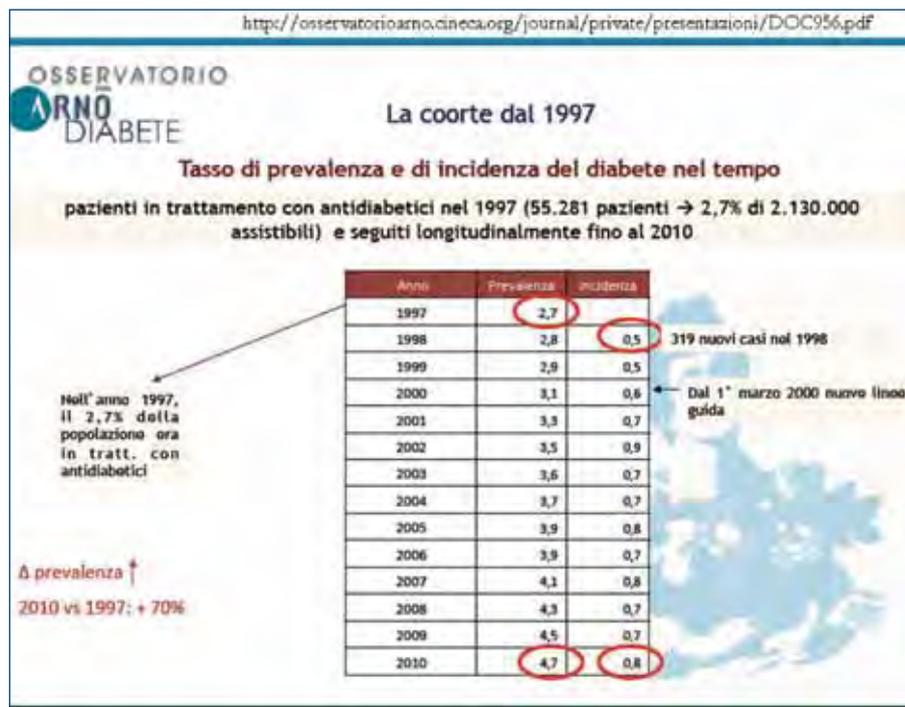
Un altro punto sul quale ancora molto bisogna lavorare è quello della trasmissione delle informazioni, che talvolta può diventare critica quando diverse strutture e

differenti professionisti vengono coinvolti nella gestione degli stessi pazienti: in Toscana, ad esempio, ancora oggi questo flusso di informazioni viene gestito per lo più con il vecchio sistema delle lettere cartacee! Sarebbe veramente necessario intervenire sulla raccolta sistematica dei dati, creando appositi registri informatizzati nei quali convogliare i dati clinici dei pazienti e tutte le informazioni necessarie alla corretta pianificazione degli interventi assistenziali. La trasmissione telematica dei dati, poi, oltre che essere un prezioso strumento di monitoraggio, consentirebbe di facilitare la gestione quotidiana delle informazioni necessarie alla pratica clinica.

**MESSORI** – Concordo con quanto detto finora e sottolineo che le difficoltà che si registrano quando si decide di adottare un modello così complesso come il CCM mi sembrano praticamente "fisiologiche". Credo inoltre che un passo avanti nella raccolta sistematizzata dei dati clinici, soprattutto per patologie ad alto impatto socio sanitario quale appunto il diabete, possa essere rappresentato dalla attuale riorganizzazione della medicina generale, in particolare con l'entrata in funzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali connesse in rete tra di loro, con evidente beneficio sulla raccolta dei dati e il trasferimento delle informazioni.

**DEGLI ESPOSTI** – Nel processo di razionalizzazione dell'assistenza e di creazione di un sistema di gestione integrata del diabete, appare importante e funzionale a tale prospettiva intervenire in modo integrato anche sulla questione dei costi considerando il complesso dei costi associati al paziente diabetico come un insieme unico di voci tra di loro correlate. Nel campo del diabete, in generale della cronicità, credo sia opportuno valutare quanto "costa" un paziente complessivamente e non solamente quanto "costano" singolarmente i differenti interventi (eg, terapia farmacologica, accessi ospedalieri, prestazioni specialistiche).

**LANDINI** – Il diabete è una malattia così diffusa e complessa la cui gestione non penso possa essere completamente demandata alla medicina generale, soprattutto quando si presentino alcune delle sue temibili complicanze: un percorso condiviso tra medici di base e specialisti pertanto appare davvero di fondamentale importanza. In questo senso la Commissione Diabetologica Regionale che io coordino ha elaborato recentemente un documento, approvato il 2 luglio us dal Consiglio Sanitario Regionale, che descrive una rete toscana per il diabete caratterizzata da un coordinamento unico al quale fanno riferimento tutte le professionalità coinvolte nell'assistenza a questi pazienti. In questa maniera si cercano di



Tasso di prevalenza e di incidenza nel tempo.

superare quelle disparità di trattamento prima ricordate, ancora oggi troppo evidenti tra differenti realtà locali della nostra Regione. Ovviamente per fare questo è necessario un intervento normativo dell'amministrazione regionale che detti le linee di indirizzo per la maggiore uniformità possibile di questo tipo di interventi.

**MESSORI** – In questa indispensabile ottica di potenziamento della gestione informatizzata dei flussi dei dati è necessario che le informazioni possano venire inserite nelle reti telematiche una sola volta, passando automaticamente da un database ad un altro senza più la necessità di inserimenti del dato multipli e non interconnessi come invece accade oggi.

**TOSCANA MEDICA** – *Tornando a questioni più strettamente cliniche, medici di base e specialisti cosa possono fare nell'azione di prevenzione del diabete?*

**MANNUCCI** – Entrambi possono fare moltissimo, non solo in fase preventiva, ma anche durante le fasi precoci di malattia quando l'efficacia degli interventi terapeutici correttamente instaurati appare massima.

Cercare invece di modificare nel lungo periodo gli stili di vita patogeni appare oggettivamente più difficile, soprattutto a causa della scarsità di risorse in termini sia di mezzi che di disponibilità di spazi e tempi adeguati da parte dei professionisti.

Queste osservazioni si adattano sia ai Servizi di diabetologia che al setting della medicina generale i cui operatori, tra l'altro, per lo più mancano di una specifica preparazione nelle Scienze del comportamento, che possa garantire loro l'approccio migliore ad un paziente complesso come è quello diabetico. In questo senso sarebbe auspicabile, anche da parte della Regione oltre che delle Università, un'adeguata formazione in merito. Il vecchio buon senso e l'empirismo, infatti, non possono compensare del tutto l'oggettiva mancanza di conoscenze specifiche.

Il tentativo di modificare lo stile di vita molte volte ci si scontra anche con difficoltà indipendenti dalla buona volontà di medici e pazienti. Consigliare, ad esempio, di fare attività fisica regolare a persone che vivono in luoghi senza strutture dove ciò sia realmente possibile, oppure di modificare comportamenti alimentari sbagliati a qualcuno che per problemi di lavoro proprio non può farlo, serve ovviamente a ben poco. In molti casi l'ambiente circostante è davvero ostile nei confronti di coloro che tentano di prevenire il diabete.

*Il percorso diagnostico-terapeutico del paziente diabetico secondo il CCM.*

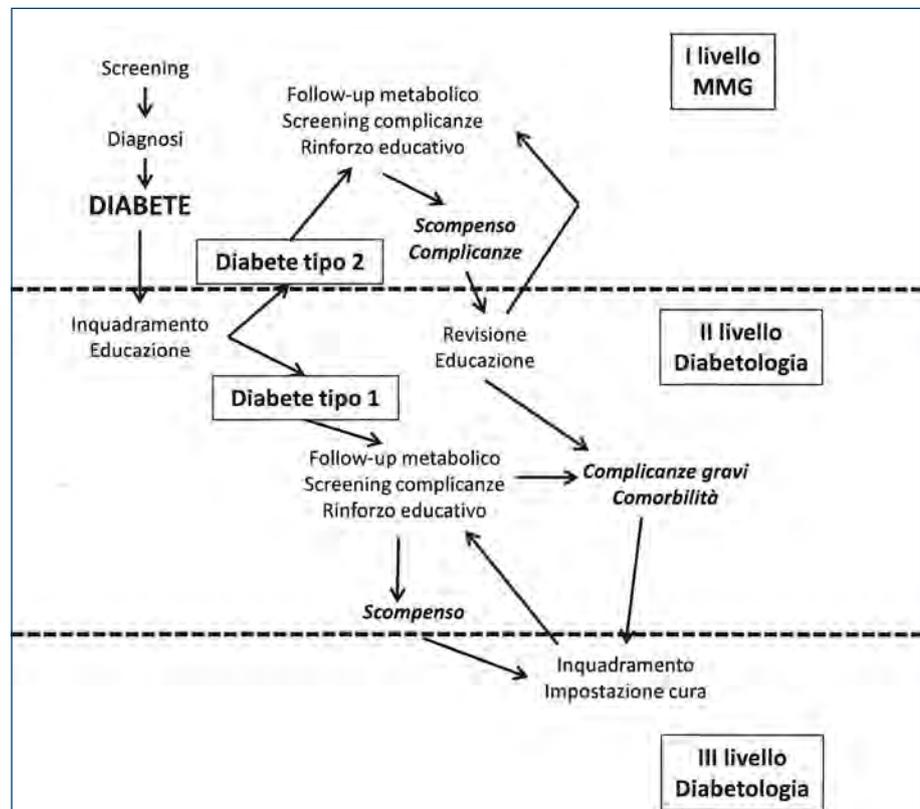
**TOSCANA MEDICA** – *Prevenzione, internisti e medici di famiglia.*

**PIERALLI** – Credo si debba onestamente riconoscere che in ospedale i concetti di educazione sanitaria e motivazione dei pazienti sono ancora oggi in generale piuttosto trascurati, probabilmente, come prima ricordato, per mancanza di opportuna formazione da parte di medici ed infermieri ma anche per oggettiva mancanza del tempo che, al momento della dimissione, potrebbe essere in parte dedicato a queste tematiche.

D'altra parte non si deve dimenticare che la fase di ricovero in ospedale rappresenta un momento di fondamentale importanza prima dell'affidamento del paziente alle strutture territoriali. Questo delicato passaggio molte volte viene a torto scarsamente considerato e le informazioni fornite al paziente ed al suo medico curante finiscono spesso per perdere buona parte del loro significato. Questa situazione, certamente da correggere e migliorare, si verifica ogni qual volta l'ospedale dimette un paziente affetto da patologia cronica, come appunto il diabete.

**GRISILLO** – Seppure in mezzo a tante difficoltà, credo che anche in campo preventivo il CCM sia un buon modello da seguire, soprattutto utile a potenziare in maniera attiva nei cittadini la consapevolezza di potere realmente cambiare i propri stili e le proprie abitudini di vita.

Adesso all'interno del CCM operano dei team specialistici che comprendono tutte le professionalità necessarie a gestire complessivamente una determinata patologia ed in Toscana si sta cercando di applicare gradualmente questa impostazione anche all'ambito della medicina generale. Si tratta infatti di un setting nel quale il paziente molto spesso prende personalmente l'iniziativa di rivolgersi al medico ed all'interno del



quale è possibile organizzare il lavoro del personale di studio, opportunamente formato, in maniera che possa dedicarsi anche ad iniziative di prevenzione ed educazione alla salute.

Questo scenario oggi non appare compiutamente operativo e molto lavoro resta ancora da fare per eliminare la episodicità dei messaggi che inviamo ai nostri pazienti, in collaborazione con tutti i partecipanti del team del quale fanno parte a pieno titolo anche infermieri ed OSS, figure specificamente dedicate a rafforzare le informazioni e le indicazioni fornite dai medici.

**LANDINI** – Anche secondo me, quando si parla di educazione sanitaria e di prevenzione, l'integrazione corretta tra medico ed infermiere rappresenta veramente una chiave di volta dell'intero sistema di assistenza e nel caso del diabete la validità di questo concetto viene confermata dai buoni risultati ottenuti nei Servizi di Diabetologia dalla attività educativa svolta dagli infermieri. Questo approccio dovrebbe essere a mio parere esteso anche all'ambito ospedaliero.

**TOSCANA MEDICA** – *Insulina ed antidiabetici orali: perché ancora si sente la necessità di cercare nuove terapie per il diabete? Esistono dei limiti oggettivi alla farmacopea di cui oggi disponiamo?*

**MANNUCCI** – Per rispondere alla domanda partirei da una considerazione molto semplice: il diabete di tipo 2 non è una malattia cronica, quanto piuttosto una situazione progressiva legata alla fisiologica diminuzione con il passare degli anni della funzione Beta cellulare, accelerata nei pazienti affetti da diabete. La conseguenza, in assenza di trattamenti, è un progressivo aumento dei valori glicemici, per cui si rende necessario un numero di farmaci crescente nel tempo per mantenere un sufficiente controllo. Per questo motivo, non esiste "il" farmaco ideale: abbiamo bisogno di molte molecole, che possano essere combinate tra loro in base alle esigenze dei singoli pazienti.

I farmaci usati nella terapia del diabete per fortuna sono oggi molto numerosi, ma l'unico che presenta un profilo di azione pienamente soddisfacente è la metfor-

mina, ben tollerata, efficace e sicura. Tutti gli altri presentano qualche problema in tema sia di tollerabilità che di sicurezza: ipoglicemia ed aumento di peso nel caso dell'insulina, delle sulfaniluree e del pioglitazone, quest'ultimo tra l'altro possibile responsabile di fratture patologiche nelle donne in postmenopausa, oppure disturbi gastrointestinali legati all'acarbose. Come si può vedere si tratta di tutta una serie di eventi avversi che possono condizionare pesantemente la vita dei pazienti ed in alcuni casi anche i possibili esiti a lungo termine.

Studi recenti hanno inoltre riproposto un problema annoso e da qualche tempo trascurato, vale a dire la sicurezza cardiovascolare delle sulfaniluree che viene oggi da più parti messa in seria discussione.

**LANDINI** – Concordo con il dottor Mannucci però vorrei ricordare che la metformina deve essere usata con la massima cautela nei pazienti anziani polipatologici, soprattutto in caso di insufficienza renale e quando si devono eseguire esami diagnostici con mezzo di contrasto, senza dimenticare le forme anche severe di diarrea legate alla sua assunzione.

**TOSCANA MEDICA** – *Recentemente si sente sempre più spesso parlare di incretine: rappresentano davvero una novità significativa nella terapia del diabete?*

**MANNUCCI** – Rappresentano senza dubbio una novità significativa per vari motivi. Il primo è rappresentato dal fatto che sono farmaci con scarsissimi effetti collaterali percepibili dal paziente. Il secondo è rappresentato dalla loro sicurezza, suffragata da ampi studi su outcomes cardiovascolari. Inoltre, è stato dimostrato che le incretine non presentano effetti negativi a lungo termine sulla funzione Beta cellulare, in teoria potendo rallentare, o almeno non accelerare, la progressione del deficit insulinico a cui segue l'inevitabile incremento nel tempo dei valori glicemici. Per verificare quest'ultimo punto sarebbero necessari degli studi di valutazione dell'efficacia ipoglicemizzante delle incretine che però al momento non sono disponibili e neppure programmati, non essendo finora stati richiesti da nessuna autorità regolatoria. Un altro punto importante è che alcuni dei farmaci incretinici possono essere utilizzati in maniera agevole anche nei pazienti con insufficienza renale.

Questo è un aspetto clinicamente molto rilevante, perché, con l'aumento dell'età media dei pazienti, la proporzione di coloro che hanno funzione renale ridotta è ormai considerevole. Come indicava il dott. Landini, l'insufficienza renale è un problema importante e spesso sottovalutato di medici, che non sempre calibrano le terapie farmacologiche secondo la funzione renale.



*Gli standard italiani di Cura del Diabete la flow chart di riferimento.*

**PIERALLI** – Le incretine inoltre non causano ipoglicemia e questo le rende estremamente maneggevoli. Presentano poi un'efficacia sovrapponibile a quella di molti farmaci già in uso da tempo nei confronti degli obiettivi metabolici come la riduzione dell'emoglobina glicata. Appaiono pertanto consigliabili soprattutto in quei pazienti, come gli anziani, con ridotta consapevolezza e percezione dei potenziali effetti collaterali dei farmaci che devono assumere anche per lunghissimi periodi di tempo.

**LANDINI** – Quando si parla delle complicanze del diabete si pensa quasi sempre a quelle croniche, estremamente importanti senza alcun dubbio, però dimenticandosi di quelle acute, quali appunto l'ipoglicemia, parimenti in grado di creare grossi problemi al paziente. Ben vengano dunque i farmaci che ci permettono di evitare questa temibile situazione.

**MANNUCCI** – Vorrei fare alcune precisazioni circa il rapporto tra incretine e rischio cardiovascolare. Recentemente sono stati pubblicati due studi che riportano conclusioni discordanti. Se infatti in uno si dimostra la neutralità delle incretine in questo campo, nell'altro si descrive un trend in lieve diminuzione non tanto del numero degli eventi ma della mortalità cardiovascolare rispetto al placebo. Questo contrasta con quanto era stato osservato negli studi più precoci, in cui era stata invece osservata una riduzione sia del numero degli eventi cardiovascolari che della mortalità ad essi correlata. Da tutto questo si deduce che la sicurezza delle incretine per quanto riguarda la patologia cardiovascolare è dimostrata, mentre la loro capacità eventuale di ridurre il rischio in alcune sottopopolazioni di pazienti deve ancora essere verificata.

Ovviamente il confronto deve sempre essere fatto con i farmaci di più antica introduzione per i quali però sono spesso assenti dati provenienti da studi di dimensioni e disegno adeguati.

**TOSCANA MEDICA** – Dott. Messori illustriamo la farmacoeconomia di queste molecole, anche e soprattutto per capire al meglio il rationale del loro impiego.

**MESSORI** – Due considerazioni iniziali. In primo luogo l'iter di approvazione delle incretine da parte dell'agenzia regolatoria italiana è stato più lento che in altri Paesi ed inoltre da noi sono stati posti dei tetti di spesa a livello nazionale molto restrittivi. Secondariamente le incretine sono state oggetto di molti ed approfonditi studi soprattutto in anni recenti. Alla luce di queste considerazioni possiamo affermare che disponiamo

*Sito di attacco degli ipoglicemizzanti non insulinici e in particolare delle incretine.*

oggi di una collocazione terapeutica di queste molecole molto più chiara di quanto si poteva ipotizzare solo un paio di anni fa. Purtroppo credo però che sia ancora presto per potere fornire una risposta più esauriente alla domanda di "Toscana Medica". È noto infatti che una buona valutazione farmacoeconomica richiede, come indispensabile presupposto, l'esistenza di dati già molto ben consolidati sul versante clinico.

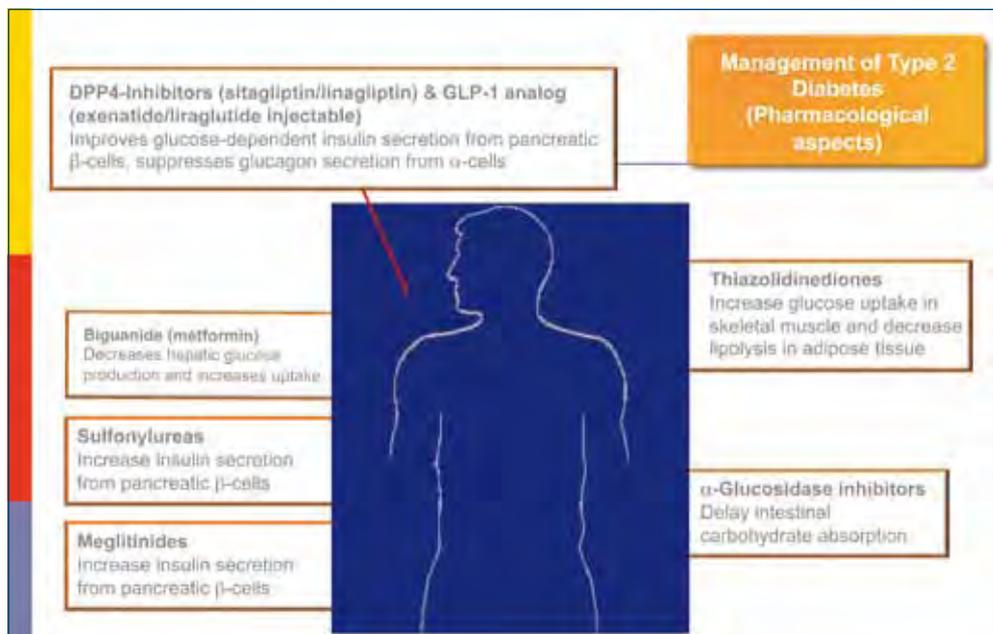
Se per quanto riguarda la sicurezza delle incretine si può oggettivamente stare tranquilli, la loro collocazione terapeutica nel "mondo reale" necessita, al pari di altri farmaci di più recente introduzione, di un nuovo approccio da parte delle autorità di regolazione. Si dovrebbe cioè passare dal modello adesso in vigore per il quale l'Agenzia prima approva e perde poi completamente di vista quello che in realtà succede nella pratica clinica per iniziare a servirsi di una metodologia secondo la quale l'approvazione è solo il primo passo della vita post-marketing di un nuovo farmaco che deve di conseguenza venire attentamente monitorizzata soprattutto in fase post-approvativa.

**DEGLI ESPOSTI** – Sicuramente potrebbe essere molto utile avere delle valutazioni attendibili post-marketing sulla *effectiveness* terapeutica delle incretine, soprattutto per vedere il loro effetto nel "mondo reale", come ben sappiamo molto diverso da quello artefatto dei grandi trials della letteratura.

Tali evidenze dal mondo reale, inoltre, potrebbero essere estremamente utili ai decisori sanitari ai fini della commisurazione dei tetti prescrittivi previsti per le incretine e della definizione dei regimi di prescrivibilità e di rimborsabilità che ne disciplinano l'impiego.

Ovviamente, data la necessità di parametri clinici (eg, emoglobina glicata, glicemia), l'utilizzo dei database dei medici di medicina generale, oltre che ovviamente di quelli dei Servizi e Centri specialistici, appaiono essenziali per avere un quadro completo dello stato di salute del paziente e degli esiti associati alle differenti terapie.

**TOSCANA MEDICA** – Allora perché la prescrizione delle incretine non è permessa ai medici di famiglia ma solo agli specialisti?



**GRISILLO** – La domanda potrebbe essere letta anche in chiave provocatoria, visto che in Toscana viene applicato il CCM che notoriamente prevede un lavoro gestito a livello di team, al contrario di molte altre Regioni dove continua a vigere la vecchia concezione, che la Medicina Generale fermamente contesta, secondo la quale lo specialista è quello che realmente cura i pazienti (e che pertanto ha la maggiore responsabilità sui costi di quello che prescrive!) mentre la funzione del medico di base si limita ad affiancare la gestione impostata e decisa dal collega. Prendendo in esame il “costo” complessivo del diabete non bisogna dimenticarsi che la spesa per i farmaci incide solo per il 7%, per cui se un farmaco è un po’ più costoso però garantisce buoni risultati non credo che le cose cambino poi di molto. Per questo non riesco a capire perché il medico di base non possa prescrivere le incretine, essendo così costretto ad inviare i pazienti allo specialista con inevitabile aggravio dei costi (prenotazioni, nuove visite, autorizzazioni, esenzioni, piani terapeutici da rinnovare ogni sei mesi, disagio per il paziente ecc.).

D’altra parte i farmaci in molti casi occupano all’inizio della malattia una posizione di secondo piano rispetto agli interventi di modifica degli stili di vita e la scelta di prescrivere un determinato farmaco rispetto ad un altro, vecchio o nuovo che sia, non può che prescindere da una selezione dei pazienti quanto più accurata possibile.

**BROCCA** – Riguardo alle incretine posso fornire alcuni dati utili alla formulazione di una risposta alla domanda fatta: la spesa annua relativa alle incretine per la nostra azienda si attesta intorno ad 1.000.000 di euro l’anno per un numero di pazienti sottoposti a tale terapia pari a circa 2100; se ne deduce, quindi, che la spesa media a paziente riferita solo all’utilizzo di incretine è pari a circa 484 euro l’anno, contro una spesa di 302 euro l’anno a paziente diabetico comprensiva di tutti i farmaci antidiabetici.

**MANNUCCI** – La prescrizione delle incretine è stata riservata ai soli specialisti per una questione di contenimento delle spese. In questo modo però si rischia che, di

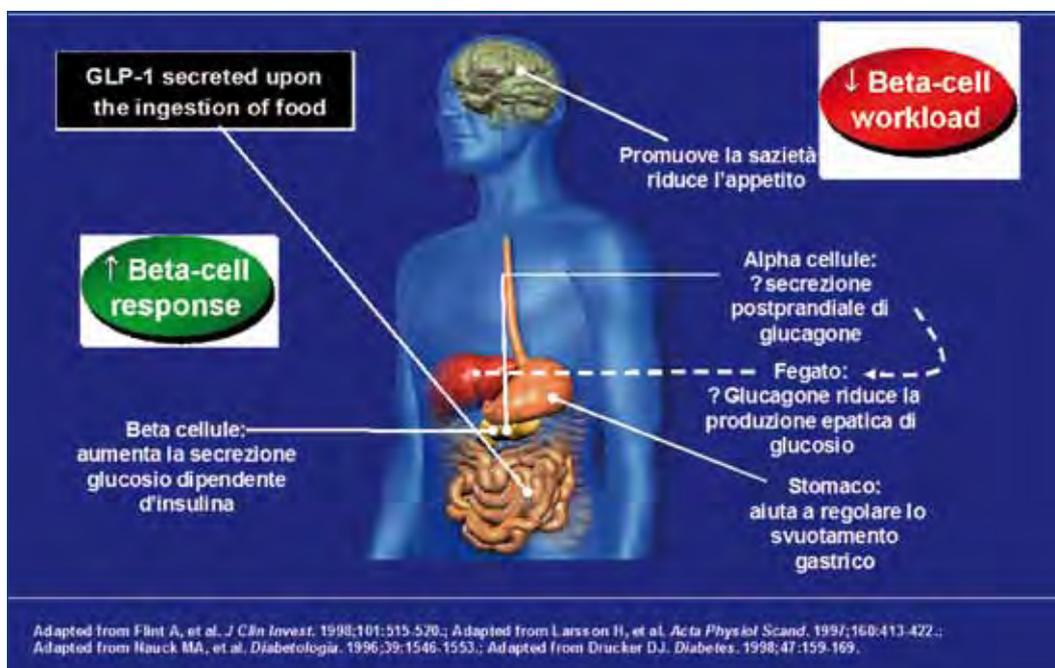
fronte ad una sempre maggiore prescrizione di incretine ed in assenza di limitazioni regionali sulla rimborsabilità, la necessità di rinnovare i piani terapeutici richiesti per queste molecole finisca di affossare il CCM, visto che moltissimi pazienti saranno costretti rivolgersi assai spesso allo specialista per le prescrizioni facendo lievitare i costi dell’intero sistema.

Sempre per rimanere sulla questione economica, ricordo poi che in Toscana ai pazienti diabetici vengono rimborsate due strisce reattive al giorno (del costo di circa 35 centesimi l’una) solo se assumono farmaci orali che possono causare ipoglicemia (sulfaniluree e repaglinide), mentre questo rimborso non è previsto per chi ne assume di privi di questo effetto indesiderato (come, appunto, le incretine). Considerando la spesa complessiva per farmaci e presidi per la glicemia, quindi, la differenza di costo tra sulfaniluree e incretine è in realtà assai modesta. È ovvio che in un simile scenario di costi e spese anche le incretine devono trovare la loro corretta collocazione terapeutica, vale a dire al momento giusto della storia clinica di ogni singolo paziente.

**TOSCANA MEDICA** – *Oggi si assiste sempre più frequentemente ad una Medicina che, con costi quasi sempre esorbitanti, cerca di curare con farmaci innovativi popolazioni relativamente piccole di pazienti, quali ad esempio i portatori di melanoma metastatizzato o i soggetti affetti da Sclerosi Multipla. Come dovrebbero essere invece costruiti i tetti imposti a farmaci impiegati nella cura di malattie ad amplissima diffusione come appunto il diabete?*

**DEGLI ESPOSTI** – Una soluzione adeguata sarebbe quella di costruire tali tetti su “base epidemiologica”, moltiplicando, in altri termini, il numero di pazienti indicati al trattamento specifico (per cui si vuole calcolare il tetto prescrittivo) al costo della terapia stessa. Tale metodica bottom-up consentirebbe una commisurazione adeguata del tetto prescrittivo. Ovviamente, qualora la disponibilità finanziaria fosse inferiore al valore del tetto costruito su base epidemiologica, sarebbe opportuno prendere in considerazione politiche di

limitazione della rimborsabilità oppure di incremento della possibilità di spesa. Va, tuttavia, segnalato che il tetto prescrittivo non è di per sé uno strumento di appropriatezza prescrittiva a meno che non sia accompa-



*Effetti del GLP-1 negli uomini: gli effetti glucoregolatori delle incretine.*

gnato da ulteriori indicazioni circa la modalità di destinazione delle terapie (eg, il tetto potrebbe essere rispettato ma le prescrizioni potrebbero essere effettuate su pazienti non indicati). Nel caso specifico del diabete, la disponibilità di dati di controllo glicemico appare essenziale in tale prospettiva.

**MANNUCCI** – Un grosso problema che rende il lavoro adesso descritto dal dottor Degli Esposti particolarmente arduo è rappresentato dal fatto che gli archivi ai quali possiamo attingere non rappresentano mai la totalità sia dei medici di medicina generale che degli specialisti. Altrettanto difficile appare poi estrarre in maniera automatica da questi database i dati specifici necessari, per cui alcune informazioni molto utili nel monitoraggio della condizione diabetica, come per esempio il peso corporeo e la pressione arteriosa, non sono rese disponibili.

**GRISILLO** – Però non dimentichiamoci che dei pazienti arruolati dal CCM noi conosciamo peso, BMI, farmaci assunti, profilo clinico ecc. e questi dati possono essere facilmente resi disponibili. Quello che a mio parere nel campo del diabete ancora rasenta l'“Arte” è il suo approccio terapeutico, ovviamente diverso nell'obeso di 50 anni e nell'ottantenne iperteso con importante polipatologia associata. Per questo credo sia necessaria una vera e propria condivisione clinica tra tutti i professionisti della materia per individuare le differenti classi di pazienti ai quali proporre differenti schemi di terapia.

Anche per il diabete l'integrazione tra CCM, medicina generale ed intervento specialistico in un vero e proprio team potrebbe davvero rappresentare il modo giusto per venire a sapere se le terapie che proponiamo funzionano adeguatamente nel maggior numero possibile di nostri assistiti. **TM**

## La pandemia del XXI secolo

ANTONIO PANTI

**I**l 15% della popolazione italiana è affetta da diabete e un altro 1% non sa di esserlo, quasi 4 milioni di persone in Italia, e questo dato è destinato ad aumentare per l'invecchiamento della popolazione, l'aumento del sovrappeso da cattive abitudini alimentari e la sedentarietà sempre più diffusa. L'impatto economico è notevolissimo, sia per i costi sanitari, sia per quelli sociali, per la perdita di giornate di lavoro e per le diverse e onerose necessità assistenziali dovute alle molteplici complicanze. Infatti i costi complessivi del diabete derivano prevalentemente dalle varie complicazioni, in particolare quelle cardiovascolari, mentre i costi per i farmaci non arrivano al 10% della spesa totale. L'imperativo è di ridurre le complicanze spesso molto gravi del diabete e di prevenire le frequentissime comorbidità.

Ciò chiama subito in causa la medicina d'iniziativa e il modello di assistenza ai cronici. La Regione Toscana ha effettivamente fatto qualche passo avanti in questa modalità assistenziale, il che dovrebbe comportare un minor carico di interventi specialistici ospedalieri. È bene introdurre subito un tema di grandissima rilevanza per una moderna gestione della Sanità, quello di addivenire a registri di popolazione, articolati per patologie, che consentano realmente di acquisire dati certi sugli esiti delle cure e quindi di costruire i tetti di spesa non su base induttiva ma sulla realtà degli esiti. Il diabete è forse la patologia più collegabile a questo modello di assistenza, essenziale per una valutazione complessiva del percorso assistenziale, dalla prevenzione alle complicanze, ed è anche la patologia che più si presta al cosiddetto Expanded CCM, che vede da un lato l'impegno di un team assistenziale che è la chiave di volta della nuova medicina generale, dall'altro il coinvolgimento attivo del cittadino che deve diventare il primo e il più attento gestore della

propria salute. Pertanto il percorso assistenziale deve creare un nuovo tipo di collaborazione fra medico generale, infermiere territoriale e specialista, il cui scopo fondamentale è di rallentare il decorso della malattia. In questa visione globale dell'assistenza assume importanza fondamentale il tentativo di modificare il comportamento dei pazienti. Riconosciamo che il setting ambulatoriale ospedaliero non è ancora sufficientemente adattato e che la competenza dei medici nella scienza del comportamento debba essere adeguata a questo scopo, il che, tuttavia, potrà concretamente realizzarli in un contesto di politica ambientale proattiva a stili di vita salubri.

Comunque, nel diabete, disponiamo di armi farmacologiche importanti. Dato per scontato l'uso della metformina, la discussione adesso verte sulle incretine, che non sono una novità ma che ancora non sono entrate largamente in uso. I nostri esperti hanno fatto notare la tollerabilità e la sicurezza di questi farmaci, che non provocano ipoglicemia. Allora perché limitarne la prescrivibilità? Tanto più che il ricorso dello specialista per prescrivere terapie di base è certamente in contrasto con il modello di assistenza ai cronici, fondato sul team territoriale. È chiaro che questa scelta dipende dai costi del farmaco, un ragionamento che è diventato paradigmatico per molte costose terapie moderne. Tutto ciò ci riporta alla valutazione del costo globale, non solo nella valutazione tecnologica complessiva del percorso (ad esempio costo di possibili crisi ipoglicemiche e fornitura di strisce reattive) ma perché mancano dati precisi sugli esiti dei farmaci attraverso registri di popolazione. In conclusione dobbiamo affinare gli strumenti per contrastare questa malattia sempre più diffusa e importante, una vera e propria pandemia del XXI secolo. **TM**

Si ringrazia  **Boehringer Ingelheim**  
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione



Andrea Veneziani, si è occupato di anestesia e analgesia ostetrica dal 1986 partecipando alla creazione di un servizio di analgesia del parto c/o l'Osp. San Giovanni di Dio di FI. Impegnato a livello regionale per una diversa cultura ospedaliera del dolore e nell'ottimizzazione della terapia analgesica postoperatoria. Fa parte del gruppo di studio della SIA-ARTI dedicato al Dolore e all'Analgesia e Anestesia Ostetrica. È Dir. dell'U.O di Anestesia e Rianimazione, dell'Osp. di Poggibonsi.

## Come si partorisce in Toscana

### Indagine sulle modalità del controllo del dolore nel travaglio e nel parto

**A**bbiamo condotto un'indagine regionale sulle modalità di controllo del dolore durante il travaglio e il parto mediante l'invio di un questionario ad hoc a tutte le amministrazioni delle

singole aziende sanitarie e ospedaliere toscane.

Le domande del questionario avevano lo scopo di conoscere le caratteristiche dell'ospedale, il tipo di organizzazione esistente all'interno del reparto maternità, le modalità di assistenza al parto e di registrazione dell'evento, le modalità informative e organizzative relative al controllo del dolore nel travaglio e nel parto sia con tecnica peridurale che con metodiche non farmacologiche e infine gli aspetti relativi al consenso informato, all'esistenza di protocolli specifici e la rilevazione della soddisfazione delle Utenti. I risultati sono la fotografia della situazione al 2011.

Sono stati individuati tre tipi di ospedali in base ai nuovi attuali criteri regionali che li suddividono in tre gruppi: il primo da 500 a 1000

parti annui, il secondo da 1000 a 2000 parti, il terzo gruppo con un numero di parti superiore ai 2000 (Grafico 1). Pertanto dall'indagine sono stati esclusi gli ospedali che nel 2011 avevano un numero di parti inferiori ai 500 (Meyer (FI), Portoferraio, Bibbiena, Piombino).

La Figura 1 riporta il numero dei parti e la percentuale di nascite per gruppo secondo questi criteri.

In totale ci sono stati nel 2011 30312 parti dei quali il 34% è avvenuto in strutture di terzo gruppo, il 54% in ospedali con un numero di parti compreso tra 1000 e 2000 e il 12% in ospedali con un numero di parti tra 500 e 1000.

Il Grafico 1 indica il numero di parti per punto nascita.

Il numero di parti cesarei nel 2011 è stato di 7739 con una percentuale media regionale dei tagli cesari del 25,5% (Grafico 2).

Si rilevano differenze esigue tra i tre gruppi di ospedali relativamente alla percentuale di Tagli Cesarei 24,80% nel I gruppo, 25,12% nel II e lievemente superiore 27,48% negli ospedali di ter-

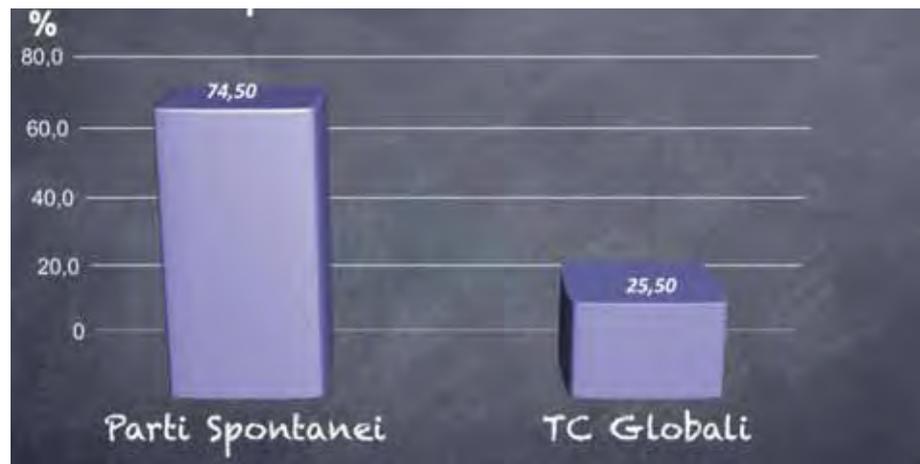
ANDREA VENEZIANI  
Direttore dell'U.O di Anestesia e Rianimazione  
dell'Ospedale di Poggibonsi

2011	N°Punti Nascita	N° Nascite	Percentuale e Range
Gr I	5	3.643	12%
Gr II	12	16.370	54%
Gr III	4	10.299	34%
Totale	27	30.312	600-3016

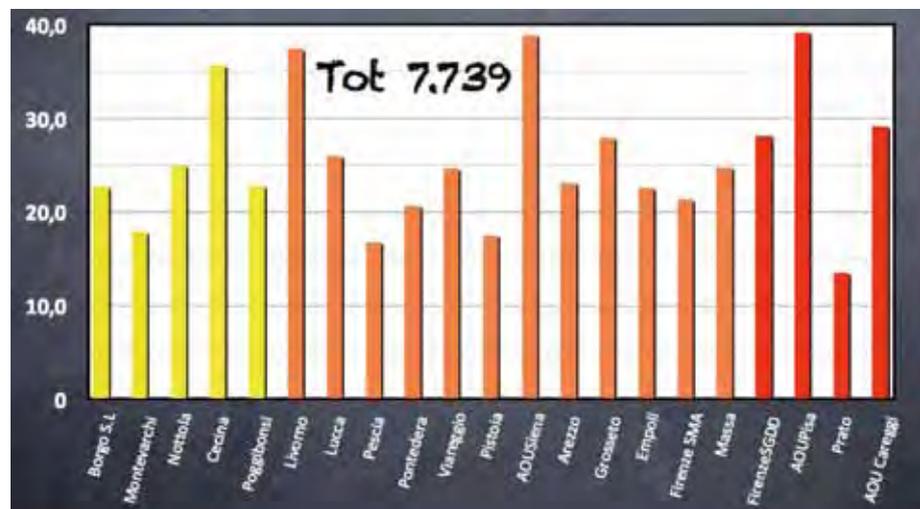
Figura 1



**Grafico 1** - Nascite 2011. Tot. 30.312



**Grafico 2** - Parti spontanei e TC in Toscana 2011



**Grafico 3** - % Tagli Cesarei in Toscana 2011

zo gruppo ove sicuramente si concentra maggiormente la patologia della gravidanza (Grafico 3).

Circa i modelli organizzativi dei punti nascita, la dotazione professionale è comunque costituita in tutti e tre i gruppi di punti nascita da un anestesista-rianimatore (*vedi paragrafo successivo*), da un neonatologo o pediatra, da un'ostetrica, da un ginecologo.

L'anestesista di guardia anestesiologicala è presente in tutti gli ospedali in orario feriale diurno;

è presente in orario notturno e festivo nei centri di III e II gruppo tranne uno (Pontedera), mentre risulta assente in tutti gli ospedali del Gruppo I.

L'assenza dell'anestesista di guardia la notte e nei festivi impone nei punti nascita di I gruppo e nell'ospedale di Pontedera la necessità di ricorrere alla pronta disponibilità per far fronte a tutte le chiamate in urgenza, compreso il taglio cesareo o l'assistenza in sala parto, inclusa l'analgesia del parto laddove viene regolarmente eseguita nelle

ore diurne (Poggibonsi) e di impiegare il Rianimatore di guardia della Terapia Intensiva nei casi di emergenza-urgenza in attesa del Reperibile.

I Punti Nascita con maggior attività possono avvalersi di un anestesista dedicato alla sala parto 24 ore su 24 (23,8% delle strutture, in sei dei 21 punti nascita: negli ospedali di III gruppo (azienda ospedaliera Careggi, Prato, Pisa ma non all'ospedale S. Giovanni di Dio di Firenze) e negli ospedali con parti da 1000 a 2000 di Massa, Pescia Livorno e Viareggio.

Il Neonatologo è presente in tutti e quattro i Punti Nascita di terzo gruppo, in tre ospedali dei 12 di secondo gruppo, in uno di quelli di primo gruppo (globalmente nel 33% delle strutture) vicariato in tutti gli altri presidi nelle funzioni dal Pediatra (Figura 2).

Nel questionario inviato alle amministrazioni si richiedeva quali fossero e in che percentuale fossero applicate le varie metodiche di assistenza al parto.

Nei punti nascita vi sono diverse modalità di assistenza al parto, spesso non tutte contemporaneamente presenti.

Parto naturale: 5 strutture su 21 non rispondono a questa domanda, sebbene il parto naturale venga effettuato in tutti i centri. Lo spazio dedicato nelle varie strutture al parto naturale, rappresenta a gruppo regionale secondo i dati pervenuti, una media del 35,77% dei parti con punte di incidenza che vanno dal 15 al 100% e una tendenza maggiore, soprattutto nei punti nascita con un numero minore di parti.

6 punti nascita su 21 possiedono la stanza per il parto naturale. Viene utilizzata mediamente nell'8,24% dei parti (Grafico 4 e Grafico 5). Questi dati potrebbero rappresentare una specificità dei piccoli ospedali in grado di produrre attrazione e non essere esclusivamente interpretabili come un limite legato a risorse più carenti.

Il parto in acqua è possibile in 9 strutture, tuttavia considerando un cut-off che esprima la

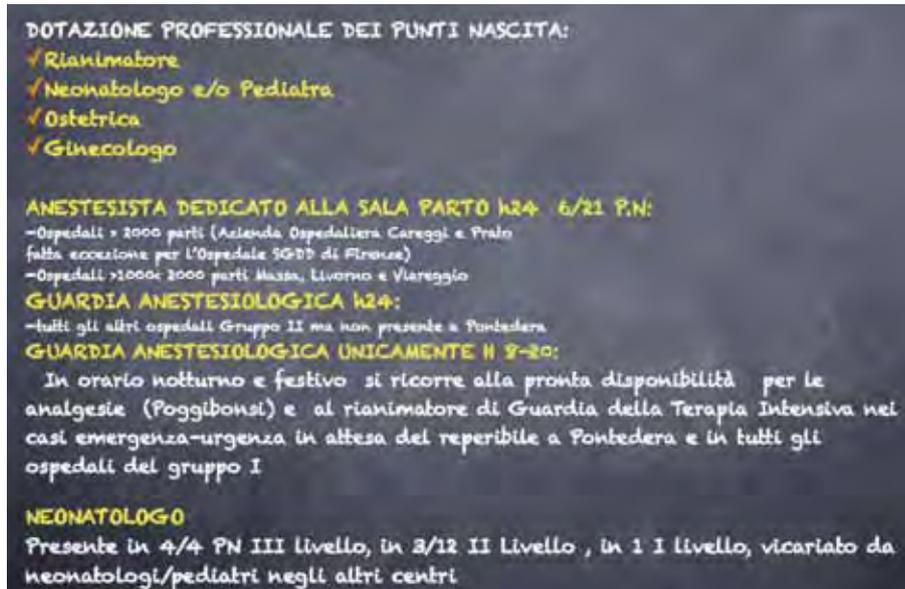


Figura 2 - Modelli organizzativi

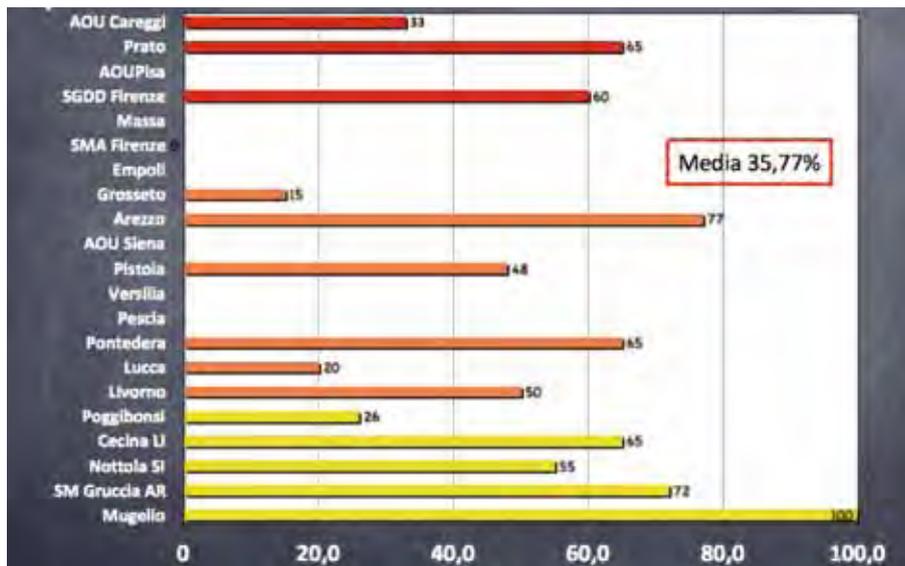
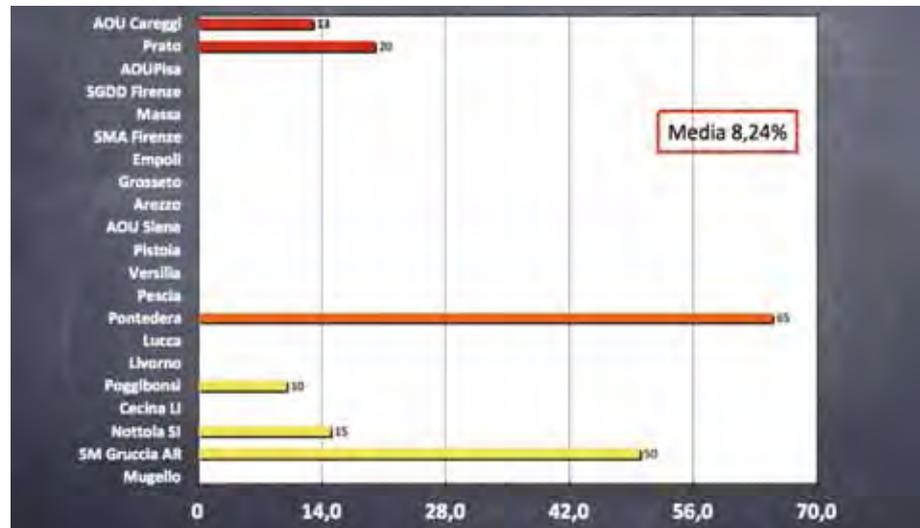
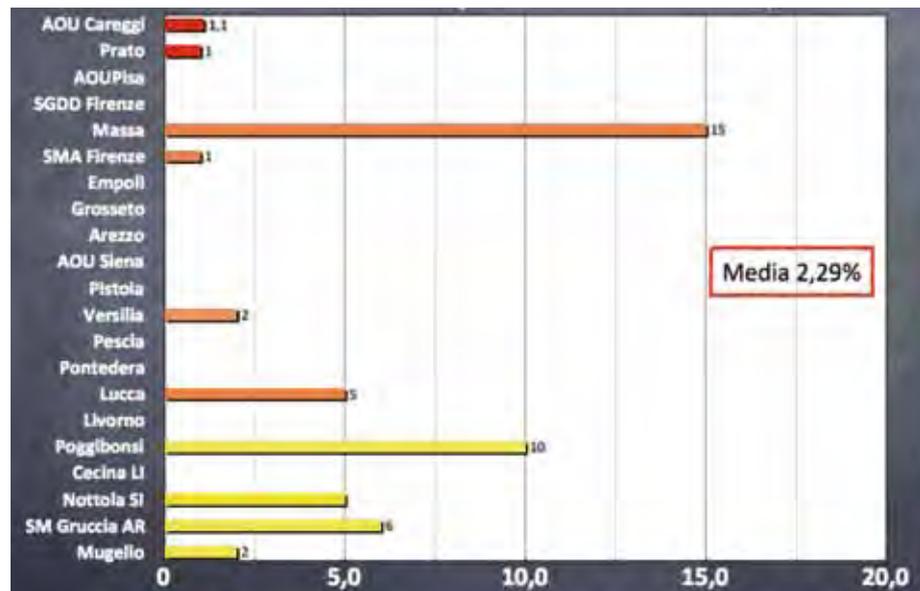


Grafico 4 - Spazio percentuale dedicato al Parto Naturale



**Grafico 5** - Percentuali parti nella stanza del parto naturale



**Grafico 6** - Percentuale di parto in acqua

validità di una metodica quando raggiunge come prestazione erogata un'incidenza almeno del 4 / 5%, la tecnica è in pratica limitata a 5 strutture: Massa, Lucca, Poggibonsi, Montevarchi, Nottola per un totale di 700 parti. La percentuale di parti espletati in acqua è a gruppo regionale del 2,29% (Grafico 6).

Soltanto in tre punti nascita non è garantita l'analgisia peridurale, uno del secondo gruppo (Pontedera) e due strutture del primo gruppo (Nottola e Cecina) dove peraltro la metodica risulta assai limitata come incidenza e vi si fa in genere ricorso per analgesie a scopo esclusivamente terapeutico. In analogia alle osservazioni in precedenza fatte circa la validità del dato per il parto in acqua, sarebbero da escludere Montevarchi e l'ospedale del Mugello che riferiscono un'incidenza attorno al 2%. L'analgisia peridurale è garantita negli ospedali di III e II gruppo (tranne Pontedera), mentre non viene erogata negli ospedali di I gruppo con l'eccezione di Poggibonsi.

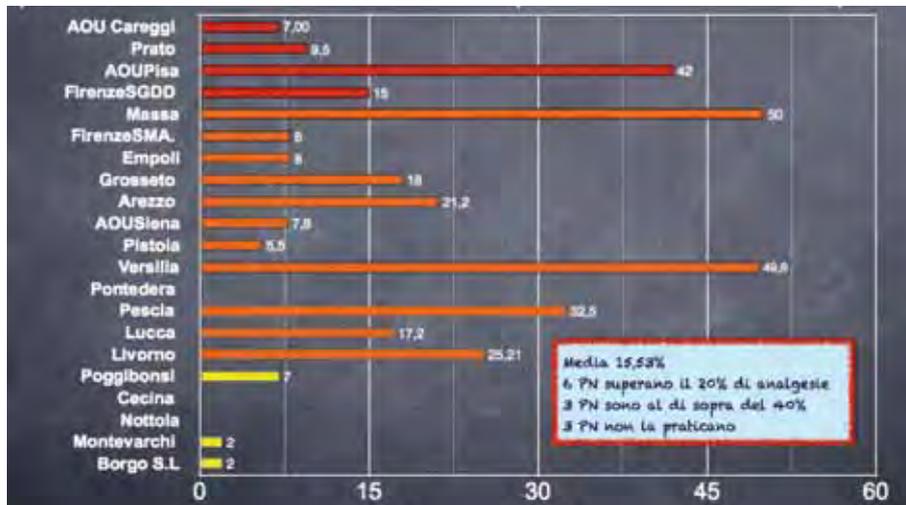
La disponibilità dell'analgisia peridurale è

di 24 ore in tutti gli ospedali di terzo e secondo gruppo (sempre con l'eccezione di Pontedera). Non viene eseguita in orario notturno e festivo negli ospedali di I gruppo (che in realtà non raggiungono il cut off del 5%) con eccezione di Poggibonsi, facendo ricorso alla pronta disponibilità come già accennato.

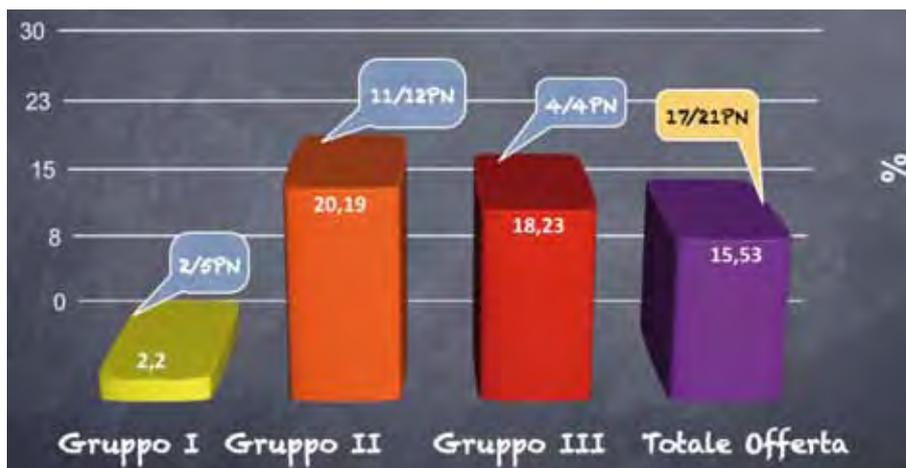
Come si può evincere dal grafico, la percentuale di peridurale a gruppo regionale è di 15,53% (Grafico 7).

6 Punti Nascita superano il 20% di analgesie peridurali eseguite nel 2011, 3 Punti Nascita sono al di sopra del 40% (Massa, Pisa e Versilia) e costituiscono l'eccellenza regionale (Grafico 8).

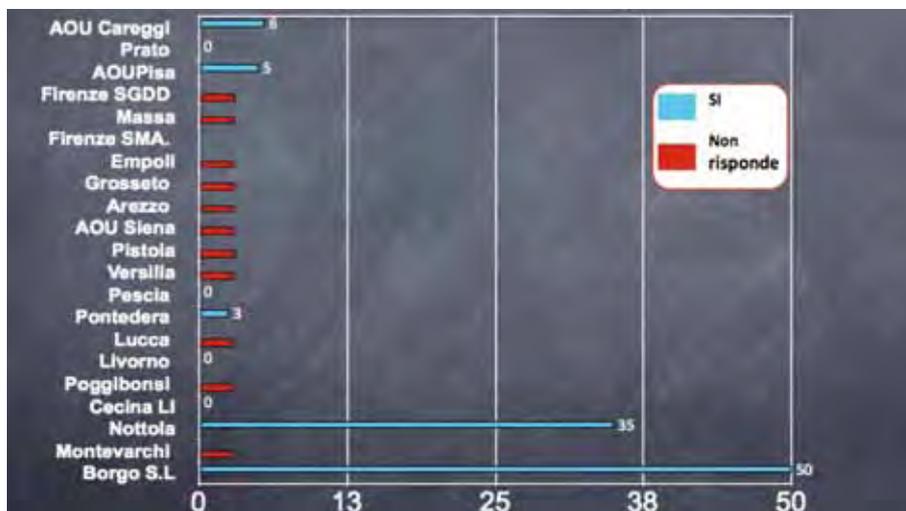
Per le cosiddette metodiche non farmacologiche, le risposte inviate dalle Amministrazioni appaiono spesso incomplete e danno un'immagine frammentata di quanto siano in realtà praticate. Circa la domanda se in ospedale tra le modalità di assistenza al parto siano presenti le medicine/metodiche complementari non convenzionali e in quale misura, ben 11 Amministrazioni su 21 non



**Grafico 7** - Ospedali in cui si pratica regolarmente la partoanalgesia con la tecnica peridurale e percentuale sui parti



**Grafico 8** - Percentuale di analgesie peridurali sui parti totali nei Punti Nascita della Toscana



**Grafico 9** - Percentuale di impiego regolare di metodi non farmacologici nel travaglio

rispondono. Dalle risposte ricevute, la percentuale media in cui siano applicate regolarmente è del 5,03%. Il grafico peraltro dimostra che la percentuale d'impiego sia largamente maggiore in due degli ospedali più piccoli di dimensioni appartenenti al primo gruppo e potrebbero valere le stesse considerazioni fatte in precedenza a proposito dell'esperienza diversificata nei punti nascita minori (Grafico 9).

Tra i metodi non farmacologici applicati regolarmente quello che risulta essere più diffuso è il massaggio e la digitopressione con un'incidenza media regionale del 14,58% (Grafico 10).

Il ricorso all'immersione in acqua durante il travaglio è pari mediamente al 7,33 % (Grafico 11).

Il ricorso all'agopuntura in maniera regolare in travaglio è modesto, pari allo 0,81% . Del tutto

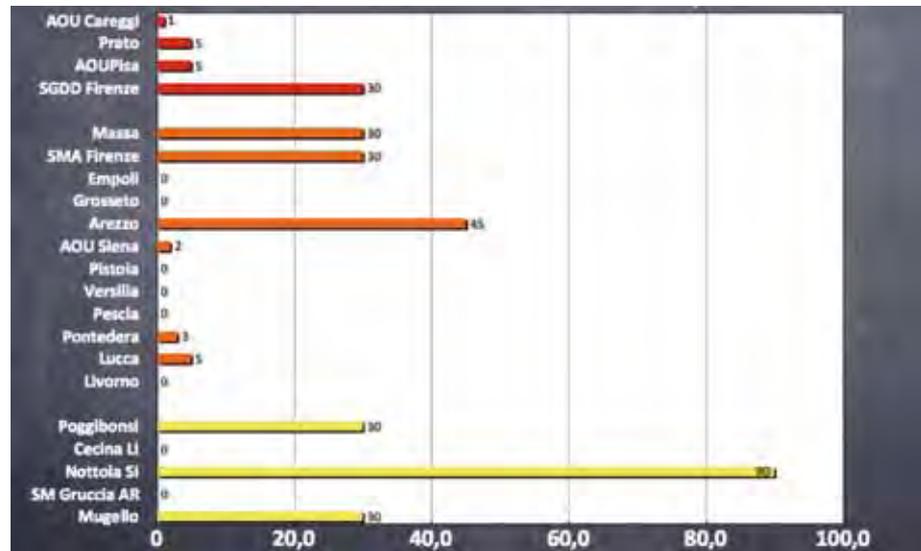


Grafico 10 - Percentuale utilizzo massaggio digitopressione

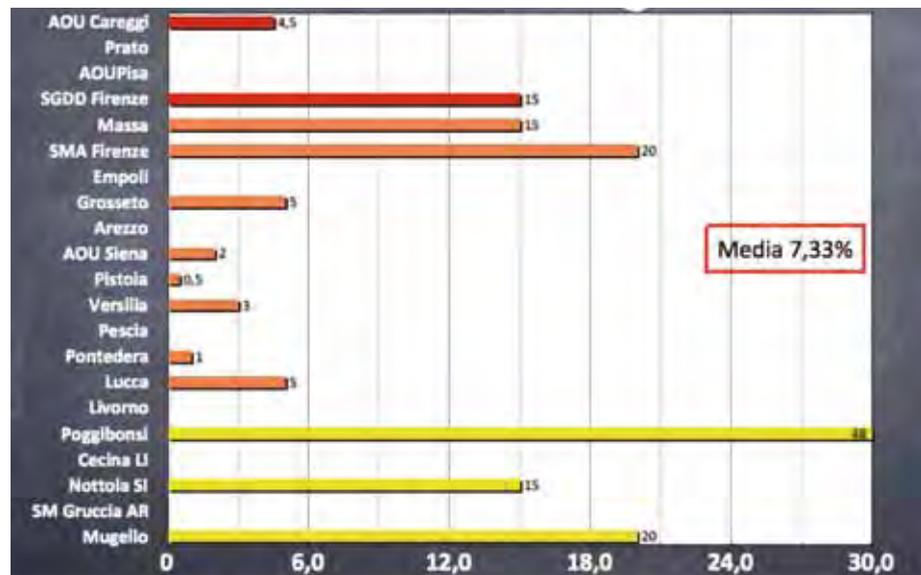


Grafico 11 - Utilizzo dell'immersione in acqua durante il travaglio

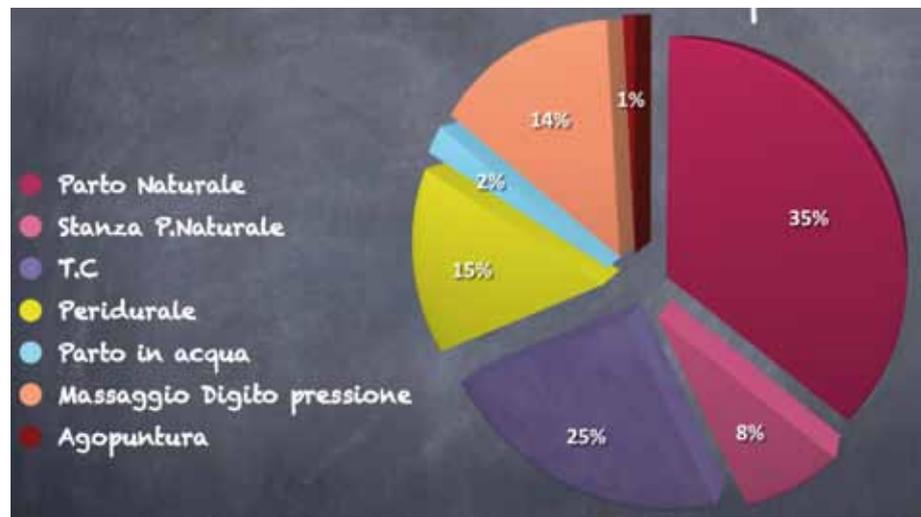


Grafico 12 - Modalità del parto

assente l'impiego dell'omeopatia, tranne in una struttura che la applica nel 13% dei parti. Nessun punto nascita fa uso regolare durante il travaglio di metodiche non farmacologiche come aromaterapia,

TENS, ipnosi.

L'incidenza delle varie modalità di parto in Toscana è espressa dal Grafico 12.

Circa le modalità di registrazione delle varie

	ANALGESIA PERIDURALE	METODICHE NON FARMACOLOGICHE
Colloquio con anestesista e Valutazione pre-partum	18/18	1/13
Erogazione istituzionale	18/18	-
Erogazione istituzionale con progetto incentivato	3/18	4/13
Modulo di consenso informato specifico	14/18	1/13
Esistenza di protocolli specifici	18/18	6/13
Indagini di Customer Satisfaction	8/21	
Esistenza di registro delle complicanze della partoanalgesia	11/21	

**Figura 3** - Altre specifiche sull'analgesia peridurale e sulle metodiche non farmacologiche

	ANALGESIA PERIDURALE	METODICHE NON FARMACOLOGICHE
 Cartellonistica dedicata	2/18	1/13
 Video	5/18	-
 Opuscoli o brochure dedicata	13/18	4/13
 Ginecologo e/o ostetrica verbalmente	14/18	11/13
 Passaparola	7/18	5/13
 Visita anestesiologicala obbligatoria	11/18	3/13
 Consultori	12/18	11/13

**Figura 4** - Modalità informative sull'analgesia peridurale e sulle metodiche non farmacologiche

metodiche applicate nel travaglio e nel parto, si evince dalle risposte ricevute che l'analgesia peridurale viene pressoché sempre registrata correttamente, o nel certificato di assistenza al parto o nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) della paziente o in entrambi. Non altrettanto dicasi per le metodiche di medicina non convenzionale che vengono applicate. Dai dati in nostro possesso viene più spesso trascurata la registrazione oppure viene registrata la prestazione su schede aggiuntive e risulta che solo cinque aziende su 21 hanno un sistema di registrazione sistematico.

Le modalità informative della peridurale e delle tecniche non farmacologiche sono riportate nella Figura 3. La comunicazione rimane il cardine del messaggio informativo relativo al controllo del dolore nel travaglio. Le informazioni verbali

dell'anestesista, del ginecologo e dell'ostetrica sono di gran lunga predominanti, non sempre accompagnate da materiale illustrativo e sono più sistematiche relativamente alla tecnica peridurale. La maggioranza delle informazioni sulle tecniche non farmacologiche, per quanto disomogenea, risulta appannaggio dei consultori.

La visita anestesiologicala, rappresenta un consuetudine nella maggioranza degli ospedali che praticano l'analgesia peridurale costituendo un ulteriore elemento di sicurezza del percorso clinico della donna, indipendentemente dalla sua scelta successiva di fare ricorso o meno a tale tecnica.

Nella Figura 4 sono riportate altre specifiche relative all'erogazione della partoanalgesia con tecnica peridurale e delle metodiche non convenzionali. **TM**



Antonio Galassi, specializzato in Idrologia Medica presso l'Università degli Studi di Pisa nel 1986. Dipendente dal 1982 alle Terme di Montecatini, in cui ricopre la carica di Direttore Sanitario dal 2003.

# Non dimenticare le terme

**L**e cure termali di Montecatini riconosciute dal SSN, si attuano nelle malattie reumoartropatiche, nelle patologie faringo-tracheali e broncoasmatiche, nelle disfunzioni gastroenteriche e biliari.

Anche il comparto del benessere termale si avvale delle acque termali e del fango termale per la dermo-cosmesi e per i piccoli inestetismi cutanei.

Le acque di Montecatini appartengono al gruppo delle salso-solfate-alcaline, essendo costituite prevalentemente da cloruri e solfati di sodio e magnesio, J, Br, Li, Ca, K, Si.

Si tratta pertanto di soluzioni saline naturali a varia concentrazione a cui viene riconosciuta una spiccata fisiologicità.

## Le acque di Montecatini e le funzioni intestinali

La stipsi funzionale cronica è riscontrabile in una persona su quattro, con prevalenza del sesso femminile.

Le acque delle Terme di Montecatini esercitano un marcato effetto sulla peristalsi del colon con miglioramento del colon irritabile, variante stipsi, che si manifesta in tempi piuttosto brevi dall'inizio della terapia ed i cui effetti benefici si protraggono per un certo periodo di tempo.

Indicazioni:

- alterazione della secrezione e della motilità del tubo digerente;
- affezioni dell'apparato epato-biliare;
- alterazioni del metabolismo;
- a livello gastrico con le acque salso-solfate si ha:
  - aumento della secrezione gastrica;
  - accelerato svuotamento dello stomaco;
  - aumento della attività motoria interdigestiva.

Indicazioni terapeutiche: dispepsia, gastriti iposecretive.

A livello dell'intestino, la cura idropinica ha effetto:

- sulla stimolazione della muscolatura liscia;
- sulla liberazione di sostanze che facilitano la motilità (con aumento del *motility index*);
- sui meccanismi osmotici.

Indicazioni terapeutiche: colon irritabile, stipsi cronica semplice.

A livello del fegato e delle vie biliari, l'idropinoterapia agisce sulla formazione della bile e la

sua escrezione in duodeno (evidenziato da esami ecografici), per cui la somministrazione delle acque salso-solfate:

- migliora la produzione qualitativa e quantitativa della bile;
- facilita la normalizzazione dell'assorbimento di grassi, calcio e vitamine liposolubili a livello intestinale;
- attua epato-protettività.

Indicazioni terapeutiche: discinesie biliari, flogosi biliari subcroniche e croniche, colecistopatie, dispepsia biliare, postumi di epatiti.

Il riscontro clinico e sperimentale di una riduzione di colesterolo e lipoproteine sieriche dopo idropinoterapia,

viene collegato all'azione coleretica e colagoga su fegato e vie biliari, documentata da un'aumentata presenza nelle feci di sali biliari e steroli.

La cura idropinica, effettuata al mattino a digiuno, assumendo le varie acque in quantità e qualità stabilite dal medico, è attuabile in qualsiasi stagione dell'anno, per un periodo totale di cura di 2 settimane.

## La terapia inalatoria

Presso le Terme di Montecatini si effettua con acqua Leopoldina, R.F. a 180° 17650 mg/litro, caratterizzata da vari componenti ognuno dei quali svolge una specifica azione:

Componente	Azione
NaCl	azione antisettica e antimicotica
Iodio	incremento attività metabolico-cellulare
Br e Ca	azione antalgica e sedativa delle mucose
S	aumento attività delle Ig A secretorie

## Indicazioni terapeutiche

Le inalazioni a getto diretto sono efficaci per le patologie delle prime vie aeree (faringiti e laringiti croniche) dove le micelle più grandi (100 micron) compiono una vera e propria azione meccanica di detersione.

L'aerosol (micelle minori di 2 micron) consente ai componenti essenziali delle acque di raggiungere le vie aeree, fino agli alveoli, e risulta utile nelle bronchiti croniche del fumatore e nella BPCO.

Le nebulizzazioni (10 micron) si usano nei casi in cui la secrezione mucosa sia scarsa o assente (afezioni bronchiali e polmonari).

Le insufflazioni tubo-timpaniche risultano uti-

ANTONIO GALASSI  
Direttore Sanitario Montecatini Terme

li nella sordità rinogena legata alla presenza di catarrhi nell'orecchio medio.

In generale, la terapia inalatoria favorisce l'attivazione dei meccanismi di difesa immunitari (IgA secretorie), risultando perciò particolarmente utile anche per il trattamento di patologie dell'età pediatrica.

### La fangoterapia

I **fanghi** di Montecatini sono costituiti dalla mescolanza di una componente solida essenzialmente inorganica (argilla) e una componente liquida (acqua termale ipertermica Leopoldina).

Il pH di tale composto è alcalino e presenta un indice di raffreddamento estremamente basso.

L'applicazione del fango ha una durata di 15-20 minuti, con temperatura di 47 gradi. Dopo il fango si effettua il bagno in acqua ipertonica Leopoldina, a 38°C, successivamente al quale c'è un periodo di relax di 20 minuti circa. È utile far seguire la massofisioterapia terapeutica.

L'aumento della temperatura corporea induce un'azione miorilassante, analgesica e antinfiammatoria, ottenuta grazie alla stimolazione dell'asse diencefalo-ipofisario con produzione e liberazione di beta-endorfine e di cortisolo da parte del cortico-surrene.

**Indicazioni terapeutiche:** artrosi e reumatismi extra-articolari in fase cronica (tendiniti, borsiti, fibrositi).

Le acque di Montecatini usate per la **balneoterapia** con l'aggiunta di O<sub>3</sub> trovano applicazione nelle vasculopatie venose periferiche e per inestetismi cutanei della cute, quali la cellulite e le forme psoriasiche.

Con la **“riabilitazione termale”** si interviene:

- nel paziente neuropatico;
- nel broncopneumopatico cronico;

- nel cardiopatico ischemico in fase post-acuta ecc.

Nella riabilitazione respiratoria le acque di Montecatini, somministrate per via inalatoria intervengono in patologie respiratorie croniche in sinergia con la ventilazione polmonare assistita, la ginnastica respiratoria ed i drenaggi posturali.

La validità del trattamento termale è dimostrata da incremento delle secrezioni bronchiali, modificazione della viscosità delle stesse e miglioramento del quadro dispnoico.

- Le piccole quantità di HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> stimolano i centri respiratori ed esercitano un'azione tampone nell'ambiente acido flogistico cronico.

- La presenza di ioni Ca<sup>2+</sup> diminuisce la permeabilità cellulare ed agisce in senso antispastico con azione antiflogistica e antiallergica.

- Gli ioni SO<sub>4</sub><sup>2-</sup> inducono una secrezione delle mucose per azione diretta sulla superficie bronchiale.

- Gli ioni Cl<sup>-</sup> e Na<sup>+</sup> effettuano azione battericida e batteriostatica, con attivazione di movimento ciliare efficace e miglioramento del trofismo mucoso.

**Indicazioni:** bronco-pneumopatie croniche ostruttive (BPCO), post-infettive, da fumo o tecnopatie.

La riabilitazione motoria trova la sua piena applicazione nella piscina termale Redi di Montecatini.

L'esercizio terapeutico in acqua è basato su tre principi:

1) effetto idrostatico: per il quale un corpo immerso in acqua subisce una spinta dal basso in alto che gli consente di galleggiare, tanto maggiore quanto più l'acqua è ricca di sali;

2) effetto idrodinamico: rappresentato dalla resistenza del mezzo liquido che si oppone ai movimenti, configurando esercizio terapeutico;

3) effetto idrotermico; provocato dalla temperatura (l'acqua in piscina è a 33°) induce rilassamento muscolare con azione algo-sedativa rendendo più agevole l'attività motoria del paziente.

Medicina termale e terapia fisica strumentale trovano sinergia terapeutica, dimostrata recentemente da studi finanziati dalla Regione Toscana ed effettuati in collaborazione con l'Università di Firenze su posturologia e recupero funzionale motorio.

TM





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

# “Revalidation”

*Il collega Tonelli ha riassunto in uno schema sintetico e chiarissimo il valore e il significato di questa normativa inglese. Dopo molti anni di discussione, l'Inghilterra ha avviato un programma e un processo di convalida e revisione delle competenze dei medici. In effetti il travolgente sviluppo delle conoscenze mediche negli ultimi decenni rende assolutamente necessaria una simile norma a tutela dei cittadini.*

**C**i auguriamo che anche in Italia si avvii rapidamente la discussione su questo argomento e ci aspettiamo interventi dai lettori sia nel merito che nelle forme con cui una simile idea sarebbe traducibile nel nostro sistema professionale e sanitario.

I professionisti che esercitano attività a rischio elevato - piloti di aereo ad esempio - sono di regola rivalutati a intervalli regolari per la riconferma delle capacità e delle competenze. Non è generalmente così per i medici, la cui abilitazione professionale, una volta conseguita, è valida per l'intero arco della vita attiva senza necessità di riconferme. Nel Regno Unito, a partire dal “caso Shipman”<sup>1</sup>, che sconvolse la pubblica opinione alla fine degli anni '90, il Collegio Nazionale dei Medici ha deciso sulla necessità di una rivalutazione periodica dell'abilitazione all'esercizio della professione medica.

Dopo valutazioni e analisi che si sono protratte per quasi tutto il decennio, il Collegio ha deciso per l'obbligo di tutti i professionisti medici del Regno Unito, a decorrere dal 2013, di essere sottoposti a “Revalidation” quinquennale dell'abi-

litazione ad esercitare. La valutazione consiste nell'esame da parte di un esperto della documentazione attestante capacità professionali e comportamento che il medico ha il dovere di conservare e produrre.

Gli esperti addetti alla valutazione, clinici e direttori medici autorevoli e conosciuti, hanno completato il processo personale di “Revalidation” alla fine del 2012. A decorrere dall'Aprile del 2013 ha preso avvio la “Revalidation” dei professioni-

sti, che entro un anno dovrà aver riguardato il 20% del totale, e dovrà essere completata entro il marzo 2016. Per la riconferma, il professionista

deve dimostrare di adempiere alle prescrizioni di “*Good medical practice*”<sup>2</sup> formulate dal Collegio dei Medici. Per una corretta tenuta e completezza della documentazione necessaria alla “Revalidation” il Collegio ha prodotto e diffuso il manuale “*Supporting information for appraisal and revalidation: guidance for physicians*”<sup>3</sup>.

Nello schema che segue sono indicate, in breve sintesi, le informazioni necessarie all'esperto addetto alla “revalidation” per la riconferma dell'abilitazione professionale.

**TM**

LUIGI TONELLI  
Consiglio Sanitario Regionale

## INFORMAZIONI GENERALI (da aggiornare annualmente)

Dettagli personali	Dati personali, registrati presso l'Ordine dei Medici di appartenenza.
Tipologia dell'attività	Descrizione dell'attività professionale svolta, registrata su base annua. <i>Devono essere indicati gli eventuali cambiamenti dell'attività professionale avvenuti nel periodo considerato, incluse le assenze dal servizio. La descrizione deve essere comprensiva delle attività cliniche e non cliniche (accademiche, perizie medico-legali, ecc.) specificando se occasionali o stabili, se su base volontaristica o retribuite, se con organizzazioni pubbliche o private, se nel Paese o all'Estero.</i>
Valutazioni annuali	Documentazione degli esiti delle valutazioni annuali. <i>Effettuate dal proprio Responsabile</i>

<sup>1</sup> Harold Shipman, Medico di Medicina Generale inglese, condannato all'ergastolo alla fine degli anni '90 e poi morto suicida in carcere, per avere volontariamente soppresso almeno 15 pazienti anziani nell'esercizio della propria attività di curante (il sospetto riguarda oltre 300 casi).

<sup>2</sup> [http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/GMP\\_2013.pdf\\_51447599.pdf](http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/GMP_2013.pdf_51447599.pdf)

<sup>3</sup> [http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/guidance\\_for\\_physicians\\_on\\_supporting\\_information\\_for\\_revalidation\\_updated\\_april\\_2013.pdf](http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/guidance_for_physicians_on_supporting_information_for_revalidation_updated_april_2013.pdf)

<b>INFORMAZIONI GENERALI (da aggiornare annualmente)</b>	
Piano di lavoro annuale	Piani di lavoro dell'anno in corso e di quelli precedenti, con indicazione dei risultati raggiunti o non raggiunti (in quest'ultimo caso specificandone i motivi). <i>I piani di lavoro devono essere esclusivamente quelli relativi alla attività professionale in esame.</i>
Integrità morale nella professione	L'Ordine dei Medici richiede che tutti i medici siano sempre disponibili ad agire nell'interesse della salute fisica e della dignità individuale dei pazienti. <i>Autocertificazione che escluda problemi a livello di integrità morale nell'esercizio della professione. In particolare gli aspetti da prendere in considerazione sono:</i> Aderenza alle regole indicate nel "Good Medical Practice" Assenza di procedure amministrative o penali a proprio carico. Assenza di conflitti di interesse e di atti comparaggio. Interventi in difesa dei pazienti anche in casi in cui la sicurezza o la dignità siano state poste a rischio da altri professionisti.
Salute personale	Stato di salute con specifico riferimento alla presenza di condizioni che possono essere pregiudizievoli della salute dei pazienti.

<b>FORMAZIONE CONTINUA</b>	
Aggiornamento	Indicazione di qualunque intervento formativo che possa ritenersi utile ad arricchire la competenza professionale, sia sul piano teorico che su quello pratico che su quello organizzativo. <i>Si deve intendere tanto la formazione obbligatoria quanto quella facoltativa. Deve essere descritto il significato pratico e l'utilità di ciascuna delle iniziative formative.</i>

<b>"QUALITY ASSURANCE"</b> <i>Partecipazione ad attività di miglioramento continuo riguardanti lo specifico ambito professionale</i>	
Audit clinico	Partecipazione, nel corso del quinquennio, ad almeno un ciclo completo di audit, tanto nazionale quanto locale. Per il ciclo di audit si deve intendere l'audit stesso, la revisione della pratica e il re-audit
"Clinical review"	Soprattutto per le specialità chirurgiche e per quelle attività che prevedono dei trial clinici. Nell'ambito di questi ultimi, i dati da considerare sono quelli relativi alla specifica attività di chi si sottopone alla "revalidation".
Discussione di casi clinici	Impegno professionale nell'analisi di casi complessi in collaborazione con altri specialisti. <i>Occorre produrre dimostrazione di almeno due discussioni cliniche per anno e devono essere esposte le proprie riflessioni e le eventuali decisioni di modifiche dell'organizzazione / attività.</i>

<b>EVENTI DI RILIEVO</b>	
Incidenti clinici, eventi indesiderati, eventi prevenibili	Eventuali incidenti occorsi a pazienti nella propria pratica clinica, in particolare gli eventi inattesi di cui si può avere responsabilità. Il grado di accuratezza della descrizione del caso deve essere autorizzata da chi ha subito l'evento clinico o dai suoi familiari.

<b>OPINIONE DEGLI "ALTRI"</b> <i>Scheda finalizzata a raccogliere i giudizi sulla propria professione, espressi da colleghi, pazienti, familiari dei pazienti</i>	
Opinione dei colleghi	Opinione scritta di almeno un collega appartenente al proprio gruppo di lavoro, in riferimento al quinquennio precedente.
Opinione del paziente o dei familiari del paziente	Opinione di almeno un paziente o familiare del paziente, in riferimento al quinquennio precedente. Precisare, per quanto possibile, numerosità e tipologia dei pazienti trattati. <i>Nel caso si ritenga di non poter raccogliere alcuna opinione, questo deve essere comunicato al valutatore esperto.</i>
Opinione dei discenti	Nel caso la rivalidazione sia richiesta da docente o supervisore clinico, raccogliere e produrre documentazione testimoniale, almeno una volta nel quinquennio, della qualità dell'opera svolta.
Lamentele e proteste (formali)	Produzione di tutte le proteste formalizzate di cui si è oggetto, ricevute nel corso del quinquennio. Alla documentazione deve essere acclusa la risposta fornita.
Complimenti	Devono essere annualmente registrati i complimenti e le gratificazioni pervenute in modo spontaneo e deve essere prodotta la raccolta del quinquennio.

# Medicina predittiva ed etica medica



Mauro Barni, già Vicepresidente del Comitato Nazionale di Bioetica, Ordinario di Medicina Legale dell'Univ. di Siena, ex Sindaco di Siena, già Rettore dell'Univ. di Siena.

**L**a decisione di una donna bellissima ed acclamata (A.J.) di privarsi del suo lussureggiante seno per allontanare forse definitivamente il pericolo incombente (?) di un adenocarcinoma, predetto dalla presenza nel suo DNA di un gene (il Brca1) che innalza al 90% le probabilità di sviluppo del tumore maligno mammario per quella fascia di età, ha fortemente scosso la pubblica opinione. Forse per la grande popolarità dell'attrice, forse per la dilagante frenesia di emulazione sostenuta dall'ansia di poter prolungare all'infinito la giovinezza e la sopravvivenza con tutte le utilità e disponibilità connesse, anche a scapito della bellezza, della carriera, della qualità anche sociale della vita.

È giusto esultare per le impressionanti acquisizioni della biomedicina e per le straordinarie potestà della nuova avanguardia diagnostica e terapeutica ed è straordinaria la crescita della *medicina predittiva* nella prevalente direzione di una *medicina preventiva* illuminata sul tempo e il modo a venire di tante patologie e resa tempestivamente capace di elaborare ed attuare salvaguardie e misure difensive confidate alla igiene, alla farmacologia e alla chirurgia, che dirimono l'ansia ma possono moltiplicarla nei frammenti dell'unico vero specchio della speranza pur sempre minacciata dalla disperazione. In questa ineludibile labilità caleidoscopica della vicenda esistenziale, individuale, familiare, collettiva e al limite globale, si pongono, scompaiono, susseguono costrutti e simboli freneticamente dinamici destinati ad una rincorsa senza fine verso verità scientifiche, sia pur provvisorie, la cui conoscenza è assolutamente necessaria se affidata ad una informazione responsabile e non semplicemente incentiva dell'aspirazione ad una sempre più intima propensione individuale alla disponibilità del proprio corpo, della propria esistenza, della propria libertà di scelta, legittima sì, ma non senza regole democratiche. Esse si ispirano alla necessaria equità distributiva delle risorse, al bisogno di solidarietà, alla ragionevolezza da sostenere e infondere di fronte alle estreme fratture della fragilità umana, anche attraverso la sedazione del dolore, trepida soprattutto nelle condizioni critiche della vita che si forma o si spegne.

La sopravvivenza dell'uomo e del suo *habitat* in una temperie di naturalità e in un clima di felicità implica la salvaguardia di un equilibrio provvido tra scienza, progresso sostenibile e qualità della vita che risiede soprattutto nella salute, intesa come diritto e contemporaneamente come

dovere verso il prossimo e l'ecosistema nel suo complesso. Ed è questa una riflessione che investe anche la *medicina predittiva* in ogni sua espressione, la quale deve confrontarsi e, se necessario, scontrarsi con la *medicina dei desideri*, senza che l'una pesantemente prevalga sull'altra (e viceversa).

Ebbene, la notizia che ha alimentato commenti e cronache (ma la pratica era da tempo invalsa negli USA anche assecondando richieste di giovanissime donne) sembra fatta apposta per dimostrare le asperità e le differenze culturali ed etiche su temi e problemi che investono il campo delle ideologie, cui non intendo riferirmi in questo epocale tramonto della bioetica condivisa. Mi sembra tuttavia doveroso segnalare come sia stato scotomizzato il ruolo del

medico che è quello di informare, di ascoltare, di suggerire, di rispettare le opzioni della persona, di operare tecnicamente a tutela della salute e nel rispetto delle libertà e dignità individuali (anche delle sue). Questa tempesta emozionale ed emulativa coinvolge non solo il chirurgo, in quanto dotato di presidi d'intervento incisivo sul corpo altrui, ma non per scopi meramente voluttuari e futili (non è questo – forse – il caso): il chirurgo che deve ragionare sulla entità del pericolo e del documento per la persona che a lui si affida. Ed infatti la deontologia e il suo *codice* non denegano la possibilità e la legittimità di interventi demolitori anche a scopo preventivo, oltre che correttivo di sofferenze estetiche e persino di drammatiche insofferenze sessuali (correzione del transessualismo); ma ricordano anche come la medicina predittiva apra percorsi protettivi che soprattutto si fondano sulla sorveglianza accurata e costante e su *diagnosi precoci*, oggi capaci di scongiurare il pericolo, con l'eventuale ricorso ad un danno chirurgico minimamente demolitivo.

La deontologia sconsiglia ogni fretteolosità e soprattutto ogni servilismo tecnico, ossequioso verso i desideri del "cliente", anche se sproporzionati. Il medico è pur sempre un professionista, che, etimologicamente parlando, *professa* e salvaguarda la sostanza etica oltre che scientifica di ogni suo atto. Nel complesso ordito informativo tessuto dai "media" sembra dunque necessario inserire un richiamo sulla dimensione *morale* della medicina che non è solo applicazione di esaltate e provvide potestà tecniche ma anche terreno di alleanza terapeutica, sorgente di cultura, di solidarietà, di amore, di speranza.

La deontologia sconsiglia ogni fretteolosità e soprattutto ogni servilismo tecnico, ossequioso verso i desideri del "cliente", anche se sproporzionati. Il medico è pur sempre un professionista, che, etimologicamente parlando, *professa* e salvaguarda la sostanza etica oltre che scientifica di ogni suo atto. Nel complesso ordito informativo tessuto dai "media" sembra dunque necessario inserire un richiamo sulla dimensione *morale* della medicina che non è solo applicazione di esaltate e provvide potestà tecniche ma anche terreno di alleanza terapeutica, sorgente di cultura, di solidarietà, di amore, di speranza.

TM

MAURO BARNI

Già Presidente della Commissione Regionale di Bioetica



Ivan Mattei. Medico specializzando iscritto al quarto anno di specializzazione di Pediatria c/o l'Università degli studi dell'Aquila. Sta svolgendo attività formativa presso la SOD di Allergologia della AOU "A. Meyer" di Firenze. Si occupa prevalentemente di allergie alimentari.

# Un singolare caso di allergia a un idrolisato spinto di latte vaccino in una lattante

## INTRODUZIONE

L'allergia alle proteine del latte vaccino è la più comune forma di allergia alimentare in età pediatrica (2-3% della popolazione generale). La gestione dei bambini con allergia alle proteine del latte vaccino è basata sulla completa

esclusione di tali proteine dalla dieta. È frequentemente diagnosticata nel primo anno di vita, periodo nel quale un apporto nutrizionale adeguato è fondamentale per la crescita del bambino e, pertanto, è opportuno trovare alimenti sostitutivi equivalenti dal punto di vista energetico. I prodotti utilizzabili sono gli idrolisati spinti di caseina, di sieroproteine, le formule a base di amminoacidi, latte di soia e di riso. In Europa, gli idrolisati spinti rappresentano la prima scelta secondo le linee-guida internazionali e sono raccomandati soprattutto in lattanti di età inferiore ai 6 mesi di vita che non abbiano avuto reazioni anafilattiche. Le formule a base di amminoacidi, invece, sono consigliate per bambini con allergia agli idrolisati spinti oppure in caso di allergie alimentari multiple, episodi di anafilassi e/o esofagite eosinofila.

L'allergia agli idrolisati spinti è un evento eccezionale. Gli idrolisati spinti sono costituiti per il 95% da peptidi con un peso molecolare inferiore ai 1500 Dalton e solo per il 0,5% da peptidi con un peso molecolare superiore ai 6000 Dalton che hanno un maggiore potere antigenico. Negli ultimi anni sono stati descritti in letteratura alcuni *case-report*. I sintomi includono manifestazioni cliniche tipiche delle reazioni IgE-mediate (broncospasmo, orticaria e angioedema) e/o reazioni croniche aspecifiche, soprattutto gastrointestinali (vomito e dolori addominali). Nella maggior parte dei casi si è visto che, quando l'allergia agli idrolisati spinti è associata ad altre allergie alimentari, l'acquisizione della tolleranza sembra essere più difficile da raggiungere. La gestione di tali pazienti richiede completa astensione dalle proteine del latte vaccino e la sostituzione con formule a base di amminoacidi. In alternativa può essere usato anche il latte di soia che, oltre ad avere una migliore palatabilità, consente un risparmio dal punto di vista economico. Il latte di soia è, però, indicato solo in lattanti con età > 6 mesi per il rischio di una precoce sensibilizzazione.

## STORIA

G.C. nasce a 40 settimane da gravidanza normodecorsa. Periodo neonatale: decorso senza problemi. Allat-

tamento esclusivo al seno. Dal terzo al quinto mese: note di dermatite atopica. Cugino di primo grado affetto da allergie alimentari multiple; viene prescritta sin dall'inizio, in caso di necessità, integrazione con lattini idrolisati spinti. A 5 mesi di vita, prima di iniziare lo svezzamento, a scopo preventivo, vengono eseguiti *skin prick test* e RAST per latte e uovo risultati positivi (SPT latte: 10 mm, uovo: 3 mm; RAST latte: 9.48 kUA/l, caseina: 7.7 kUA/l, albume: 2.03 kUA/l). Viene deciso di iniziare lo svezzamento con esclusione di latte vaccino e uovo. A 12 mesi di vita vengono ripetuti SPT e RAST per latte e uovo

con positività invariata degli SPT e aumento dei RAST per latte (latte: 60.6 kUA/l, caseina: 67 kUA/l) e uovo (albume: 7.8 kUA/l). Nel frattempo, vengono riferiti tre episodi di broncospasmo successivi a stati di raffreddamento per cui viene prescritta terapia con Salmeterolo+Fluticasone spray 25/50 mcg (1 puff per 2 volte al giorno) per 10 giorni poi Fluticasone spray 50 mcg (1 puff per 2 volte al giorno) fino al controllo successivo, programmato dopo circa 3 mesi. In occasione di tale *follow-up*, la madre riferisce che, per motivi di lavoro, per la prima volta, in due circostanze, ha provato a dare alla bambina piccole quantità (1-2 cucchiaini) di un latte idrolisato spinto di

caseina del commercio con comparsa immediata di tosse stizzosa associata a dispnea cessata dopo circa 20 minuti con la somministrazione di Salbutamolo spray e Betametasone per os, quindi sintomi correlati ad una reazione allergica IgE-mediata. Per tale motivo abbiamo eseguito due *prick by prick* che sono risultati positivi per l'idrolisato spinto di caseina (pomfo di 5 mm) e per un idrolisato spinto di sieroproteine (pomfo di 4 mm), negativi per latte di soia e per un latte a miscela di amminoacidi. Pertanto è stato consigliato alla madre di utilizzare, in caso di necessità, latte di soia al posto di idrolisati spinti come integrazione all'allattamento materno.

## CONCLUSIONI

Quando ci si trova di fronte, come in questa circostanza, ad un caso di allergia alle proteine del latte vaccino, prima di consigliare un latte sostitutivo, sarebbe opportuno testarlo con un *prick by prick* oppure somministrarlo al paziente in ambiente protetto. Gli idrolisati spinti di caseina e di sieroproteine rappresentano sì la prima opzione ma in alcuni rari casi possono indurre reazioni allergiche e, pertanto, vanno prese in considerazione soluzioni alternative come il latte di soia, il latte di riso o lattini costituiti da miscele di amminoacidi. **TM**

IVAN MATTEI<sup>1</sup>, STEFANO PANTANO<sup>2</sup>,  
FLAVIA TUBILI<sup>3</sup>, DESY BUTTI<sup>4</sup>,  
CLAUDIA ANGELUCCI<sup>5</sup>, ACHILLE MARINO<sup>6</sup>,  
PAOLO DEL GRECO<sup>7</sup>, FRANCO RICCI<sup>8</sup>, NERI PUCCI<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Medico specializzando del quarto anno di Pediatria presso l'Università degli studi di L'Aquila

<sup>2</sup> Specialista in Pediatria. Contrattista presso la SOD di Allergologia della AOU "A.Meyer" di Firenze

<sup>3</sup> Medico abilitato presso l'Università di Roma "Sapienza"

<sup>4</sup> Studentessa iscritta al sesto anno di medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di Firenze

<sup>5</sup> Studentessa iscritta al quinto anno di medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di Firenze

<sup>6</sup> Medico specializzando del primo anno di Pediatria presso l'Università degli studi di Firenze

<sup>7</sup> Medico specializzando del primo anno di Pediatria presso l'Università degli studi di Firenze

<sup>8</sup> Medico specializzando del primo anno di Pediatria presso l'Università degli studi di Firenze

<sup>9</sup> Specialista in Pediatria e Allergo-immunologia. Dirigente medico presso la SOD di Allergologia della AOU "A.Meyer" di Firenze

Centro di allergologia AOU Meyer, Firenze

# Liberté, égalité, fraternité ... e sostenibilità

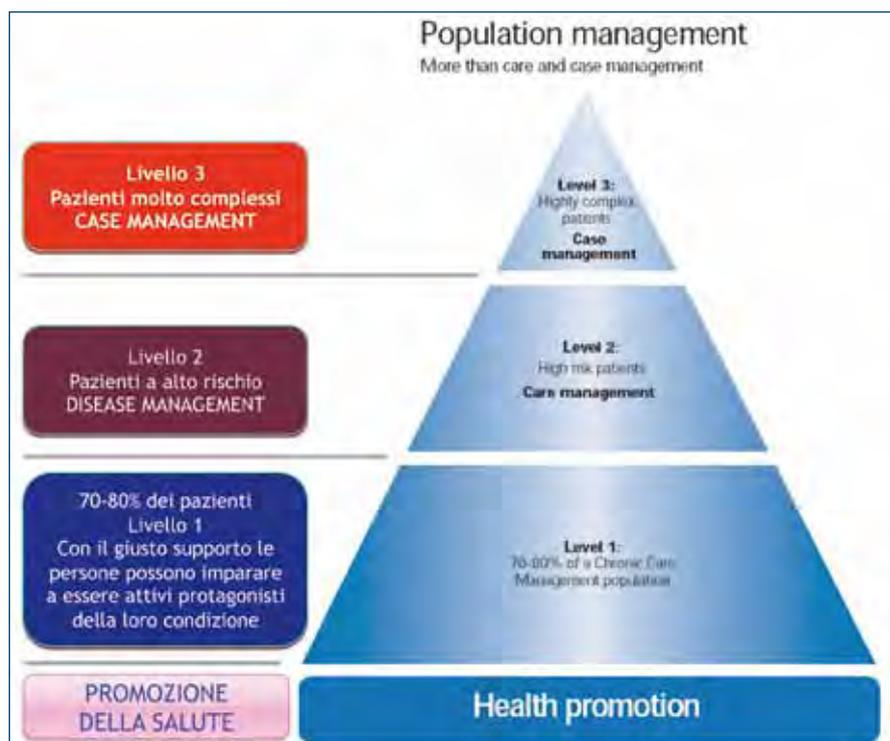
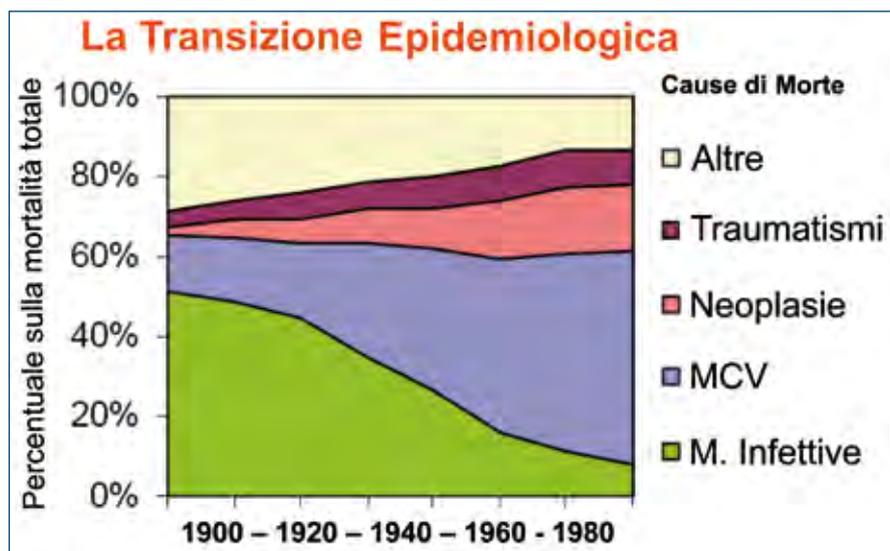
ANTONIO PANTI

**L**e figure che accompagnano questo articolo non hanno bisogno di commenti. Non solo la scienza e le tecniche cambiano rapidamente, ma anche la popolazione oggetto delle cure si è completamente trasformata negli ultimi decenni. Finora lo strumento concettuale e valoriale con cui si sono affrontati i problemi della sanità, e cioè l'universalità del diritto e l'uguaglianza dell'accesso alle prestazioni in un quadro di sussidiarietà sociale, rientra perfettamente nel dettato costituzionale. L'articolo 32 recita: "la Repubblica tutela la salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività". Ma, di fronte a tanti cambiamenti, occorre riflettere su un nuovo paradigma etico e politico e forse dovremmo cambiare il ragionamento e riscrivere l'articolo 32: "la Repubblica promuove la salute come diritto della collettività nell'interesse dell'individuo". Così si risponderebbe meglio alla domanda di salute e alla definizione di sanità.

Per quanto la discussione sui concetti di salute e di malattia sia estesa e vivace tuttavia non ci si discosta molto dalla vecchia definizione dell'OMS. Ma il prorompere pesantemente nel dibattito del concetto di equità, che pone in concreto la questione fondamentale della sostenibilità del servizio sanitario, si declina in due modi. Da un lato occorre spendere meglio e quindi rendere "sostenibile" qualsiasi forma istituzionale di servizio medico mediante l'appropriatezza clinica e gestionale; dall'altro trasformare il sistema in una macchina che non produce soltanto cura ma anche promuove la salute. Realizzare l'antica idea della

medicina come politica, cioè includere la promozione della salute in ogni decisione sull'ambiente, sul lavoro, sui rischi primari, sull'educazione alla salute.

Il motto della rivoluzione francese, "libertà, uguaglianza, fratellanza" dovrebbe quindi completarsi con una quarta parola la sostenibilità, allora non prevedibile, all'alba della rivoluzione industriale e





dell'esplosione tecnologica che ha cambiato il mondo e ormai domina l'uomo, sempre più soggetto alle innovazioni che risolvono enormi problemi ma costano, inquinano, trasformano l'ambiente. Siamo in presenza di faglie più vaste di quelle che provocano i terremoti, tra interesse dell'individuo e interesse della società, tra produzione e ambiente, tra bisogni risolti e desideri delusi, tra diritti e costi del sostenerli, tra tecnologia e empatia umana, tra terapia dei mali e superamento dei limiti naturali, insomma tra responsabilità individuale e sociale.

Non è semplice affrontare (e risolvere) il conflitto tra diritti e risorse, tra profitto e equità, ma l'interesse generale sembra precondizione per quello individuale. Il caso dell'ILVA è paradigmatico. La salute non dovrebbe essere difesa da una realtà cattiva (la tutela) ma costruita cambiando la realtà (la promozione). Il diritto alla salute, cioè la tutela, dovrebbe essere una costruzione in progress, nascere dalla promozione della salute, che comprende anche il concetto che la sanità è fonte di progresso economico e sociale, è strumento di produttività e innovazione. Insomma si accresce la ricchezza (il PIL) producendo più salute e non solo curando più malattie. In definitiva se vi è meno salute, aumentano le spese, che diminuiscono nel caso contrario; la conseguenza di quest'assunto è che la sanità deve organizzarsi per realizzare più salute.

Modificare in tal modo la politica della sanità significa stabilire l'interdipendenza tra salute, ambiente, produzione, stili di vita, quindi tra coinvolgimento dell'individuo, che deve promuovere la sua salute di cui è responsabile, e partecipazione sociale, che si esprime in politiche che tengano conto della salute. La sostenibilità del sistema salute si riflette nella possibilità di realizzare i canoni etici di una società civile (e economicamente produttiva) che sono ancora quelli fondanti della libertà di tutti che è libertà di realizzare se stessi.



Pino Pini, Psichiatra, ha lavorato nei servizi di Firenze, Prato e Birmingham. Membro del Mental Health Europe e dell'Associazione Italiana per la Salute Mentale, si interessa in particolare al modo di gruppi di auto aiuto e del rapporto fra servizi, associazioni ed enti locali.

# Più danni che benefici

## Il DSM-5 e la psichiatria biologica devono essere completamente ripensati

**I**l testo del comunicato stampa del Mental Health Europe (MHE, [www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org)) in relazione alla recente pubblicazione del DSM-5 (quinta edizione del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association – APA –) è molto chiaro e tocca punti critici di grande rilievo. Intanto va detto che il *Mental Health Europe* è una delle associazioni europee più importanti nel settore della salute mentale ed è costituita da operatori, utenti, familiari e cittadini a vario titolo.

Da diversi mesi ha costituito una task force per avere un'idea più precisa dell'evoluzione dal DSM IV al DSM-5 e dell'impatto sui servizi e sulla società in generale. Ritiene infatti che si sia sviluppata troppa enfasi sul modello bio-medico, sia a livello di comunità scientifica che di pubblico generale. La conseguenza, più o meno diretta, è che vengono vistosamente trascurati altri importanti approcci come quelli psicologici e sociali che pure si dimostrano essenziali nel settore della salute mentale. Il *Mental Health Europe* non intende affatto demonizzare i rimedi che la scienza medica offre, intende piuttosto operare al fine di stabilire equilibri più adeguati fra medicina e società, soprattutto nel contesto culturale occidentale.

È stata effettuata di recente un'indagine via internet dallo stesso Mental Health Europe, attraverso l'invio di una *position paper* in cui sono state esplicitate le suddette preoccupazioni riguardo al DSM-5. Si è chiesto di segnalare i punti più controversi e sono state sollecitate indicazioni di eventuali esempi di buone pratiche. Hanno risposto 24 individui e 29 organizzazioni da 12 paesi europei, dagli USA, dall'Australia e dalla nuova Zelanda. Tutti soggetti competenti nel settore della salute mentale che spaziano da organizzazioni professionali, a università fino a associazioni di utenti e di familiari. Il 90% delle risposte ha condiviso le preoccupazioni del Mental Health Europe sottolineando aspetti di varia natura che possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:

- 1) bassa affidabilità/validità sotto l'aspetto scientifico;
- 2) possibilità di effettuare diagnosi errate con conseguenti interventi inappropriati e danni alle persone;
- 3) induzione verso percorsi di tipo bio-medico a senso unico con scarsa possibilità di scelte alternative;
- 4) conflitti di interesse scientifico/economico. Gli esempi di buone pratiche possono essere suddivisi in due ulteriori categorie;
- 5) modelli che combinano adeguatamente l'ap-

proccio medico con altri approcci;

6) modelli alternativi all'approccio medico.

Nello stesso periodo in cui è stato deciso di diffondere il comunicato stampa del *Mental Health Europe*, che si è voluto far coincidere con la pubblicazione del DSM-5 nel mese di maggio di questo anno, si è assistito ad un pullulare crescente di articoli, dibattiti e iniziative varie anche attraverso i media più comuni. Fra tutti merita risalto la notizia secondo cui l'Istituto Nazionale per la Salute Mentale (NIMH) degli Stati Uniti, il più grande istituto di ricerca mondiale del settore, in particolare disaccordo con l'*American Psychological Association* APA, non concederà più fondi a progetti basati solo sulle categorie diagnostiche del DSM. Mentre il *Mental Health*

*Europe* considera giusta la decisione del NIMH nel rivendicare metodologie più corrette dal punto di vista scientifico quando il discorso venga focalizzato quasi interamente sulle neuroscienze e sui cosiddetti disordini del cervello, nello stesso tempo esprime però rammarico per il fatto che lo stesso NIMH tralascia l'importanza enorme dell'esperienza degli utenti, sia nella ricerca che nella pratica della psichiatria.

L'importanza del comunicato stampa sta anche nel fatto che un'organizzazione composita come il *Mental Health Europe*, che raccoglie molte voci diverse in tutti i paesi dell'Unione Europea, si cimenti in un discorso ritenuto fino a poco tempo fa di esclusiva competenza degli specialisti. Questo aiuta a tenere aperto e a sostenere un dibattito che, pur molto vivace da noi nel periodo della chiusura degli ospedali psichiatrici ai tempi della legge 180 (anche allora si parlava di eccesso di medicalizzazione), al giorno d'oggi purtroppo sembra molto indebolito. L'intenzione del *Mental Health Europe*, dichiarata nello stesso comunicato, è di continuare il lavoro intrapreso cercando inoltre di influenzare l'Organizzazione Mondiale della Salute nella preparazione della prossima edizione dell'*International Classification of Diseases* (ICD 11), prevista per il 2014. Il *Mental Health Europe* afferma infine di voler operare affinché gli aspetti bio-medici si armonizzino al meglio con quelli psicosociali stimolando lo sviluppo di questi ultimi che purtroppo attualmente stanno segnando il passo con il rischio di restare sottodimensionati e di rimanere dipendenti dai primi.

La traduzione italiana del comunicato stampa è reperibile sul sito web dell'Associazione Italiana per la Salute Mentale <http://aisme.info/>

TM

PINO PINI  
Già coordinatore del Dipartimento di Salute mentale  
della Asl 4 area Pratese  
Board member del Mental Health Europe (MHE)  
e membro dell'Associazione Italiana  
per la Salute Mentale (AISMe)



Giancarlo Berni, libero docente in Patologia Speciale medica e Metodologia Clinica, già Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, attualmente membro dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio Sanitario Regionale e Coordinatore dell'Osservatorio per l'Emergenza-Urgenza della Regione Toscana

# Meno razionamento, più razionamento

## Il ruolo della “Medicina Parsimoniosa”

**I** due Governi nazionali che si sono succeduti negli ultimi anni hanno ritenuto necessario ridurre i finanziamenti per l'assistenza sanitaria, prima di 7,95 e poi di ulteriori 4,70 miliardi di Euro. Un taglio di 12 miliardi su un finanziamento complessivo di circa

120, può avere effetti tanto rilevanti da pregiudicare il sistema assistenziale universalistico del nostro Paese, come ha dovuto ammettere il Presidente del Consiglio Monti al momento della presentazione della recente riforma Balduzzi.

I Governi hanno provveduto, in sostanza, a “razionare” i finanziamenti alle Regioni. Ma il razionamento può non essere l'unica risposta possibile al disequilibrio economico, come suggerisce un recente editoriale di JAMA dedicato alla “Medicina Parsimoniosa”<sup>1</sup>.

Tanto il Razionamento che la Medicina Parsimoniosa sono finalizzati a contenere il consumo delle risorse sanitarie, ciascuno con le specifiche modalità che vengono ricordate qui di seguito. Tuttavia solo l'Etica della Medicina Parsimoniosa si basa sul principio di non privare nessun paziente di ciò che gli è certamente utile evitando ciò che non lo è.

### Razionamento

È “Razionamento” l'allocazione predefinita di beni e dei servizi sulla base della disponibilità economica. Viene effettuato dalle Amministrazioni con criteri sia “espliciti”, ovvero chiari a tutti e democraticamente concordati, sia “impliciti”, ovvero senza condivisione.

Il Razionamento esplicito ricorda i poco fortunati esperimenti di “priority setting”<sup>2</sup> realizzati nei primi anni '90 in diversi Paesi – Oregon (USA), Regno Unito, Olanda, Nuova Zelanda, Svezia – dei quali è rimasta forse solo la memoria di quello dell'Oregon. In breve, il Governo di quello Stato, sull'onda dell'indignazione popolare per il decesso evitabile di un giovane povero per la cui cura non c'erano fondi, decise di consultare tutti

gli “oregoniani” in merito alle possibilità di un Razionamento più equo. Sulla base della consultazione fu deciso di regolare i finanziamenti

Medicaid sulla base di un “ranking” di priorità. Il ranking si fondava sulla semplice formula di Figura 1.

Sempre attraverso ripetute consultazioni pubbliche furono identificate delle coppie “malattia/beneficio netto della cura”, che, disposte per rango, vennero a formare una lista di oltre 700 “item” (1200 nella stesura iniziale). Sulla base della disponibilità economica venne deciso che Medicaid aveva la disponibilità economica per corrispondere le cure per poco meno di 600 patologie, lasciando le restanti al libero mercato. Si susseguirono diversi *ranking* ma il loro risultato apparve sempre poco “logico” (ad esempio nell'ultima edizione le cure dentarie precedevano l'appendicectomia) e inoltre lasciava molti dubbi di equità. Nonostante il suo protrarsi fino a tempi recenti, di fatto le varie liste dell'Oregon non hanno prodotto vantaggi alla popolazione in termini di salute. Neppure hanno avuto maggiore attendibilità e migliore destino simili interventi organizzati in altri Paesi. Oggi, di Razionamento esplicito, nessuno parla più.

GIANCARLO BERNI, LUIGI TONELLI

Consiglio Sanitario Regionale

$$\text{Beneficio netto} = \frac{\text{cura attuata}}{\text{esito} \times \text{probabilità di successo}} - \frac{\text{cura non attuata}}{\text{esito} \times \text{probabilità di successo}}$$

Figura 1

<sup>1</sup> Tillburt JT, Cassel CK. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing. JAMA 309(8), 773-774, 2013.

<sup>2</sup> Hongsbaum F, Calltorp J, Ham C, Holmstrom S. Priority setting processes for healthcare. Radcliff Medical Press Oxford and New York, 1995.

È invece di uso comune, come nel caso italiano, la forma “implicita” di razionamento delle risorse sanitarie, in cui non viene data informazione in merito ai criteri delle scelte allocative. Con la modalità “implicita” il dibattito è minore perché l’utenza generalmente ritiene che scelte dettate dall’eccezionalità del momento siano sostanzialmente giuste e omogenee e che si debba accettare le difficoltà che ne conseguono. Si ritiene in genere che un “feedback” dei possibili effetti negativi del Razionamento implicito possa provenire dal controllo dell’evenienza di cure non appropriate. In realtà non si tratta di una rilevazione semplice perché spesso gli effetti negativi del razionamento non si manifestano con casi eclatanti ma con una serie continuata e poco appariscente di eventi, come dimostrato dai rischi del “queuing” nell’urgenza<sup>3</sup>. Esiste infatti una stretta correlazione tra durata dell’attesa delle prestazioni e l’incidenza di eventi avversi, come la conseguente ospedalizzazione d’emergenza e il decesso. È inoltre intuibile che, in condizioni di Razionamento, la disponibilità economica costituisca una garanzia di salute soltanto per chi possiede adeguate risorse economiche e che, questo, mina l’universalità dell’accesso alle cure.

### Medicina Parsimoniosa

È Medicina Parsimoniosa fornire, da parte del Servizio Sanitario pubblico attraverso i suoi Professionisti, le cure appropriate evitando quelle non appropriate o non necessarie. I principi della Medicina Parsimoniosa si basano sull’etica e sulla preparazione dei Professionisti, che devono essere

liberi da vincoli e da interessi personali, abituati alla riflessione, orientati a contenere la spesa ma anche a richiedere cure costose se le evidenze scientifiche lo indicano.

La caratteristica principale della Medicina Parsimoniosa si fonda, appunto, su medici che praticano la professione con scienza e coscienza avendo cura di:

- massimizzare i benefici e minimizzare i rischi;
- procedere nell’iter clinico con test e cure calibrati in rapporto alla gravità clinica, avendo sempre in mente gli scopi che si intende raggiungere;
- scegliere solo i test il cui risultato può modificare decorso clinico e trattamento;
- essere in grado di fornire risposte razionali a richieste inutili o potenzialmente dannose formulate dal paziente o dai suoi familiari;
- utilizzare il giusto tempo per elaborare la diagnosi ed essere tempestivi nella terapia.

Questo comportamento basato sulla razionalità delle scelte e sulla loro comunicazione può evitare il ricorso alla medicina difensiva. È implicito, anche se non è espressamente detto nell’editoriale di JAMA, che per praticare la Medicina parsimoniosa sono necessarie le prove fornite dall’Evidence-based Medicine. La scelta terapeutica può trovare aiuto e conferma negli elenchi di “Number Needed to Treat” (NNT) (espressione dell’efficacia della cura) e la scelta diagnostica nei valori “Likelihood Ratio” (LR) (espressione dell’importanza di un test), di cui sono riportati esempi nelle Tabelle 1-2<sup>4,5</sup>.

In sintesi, la Medicina Parsimoniosa pratica-

Tabella 1

Patologia	Trattamento	Esito esaminato	follow.up	NNT (CI)
Back Pain	Esercizio vs standard	Limitazione funz.	1 anno	4 (3-8)
CHF	Esercizio vs non esercizio	Mortalità	3,4 anni	5 (3-21)
Stroke (fase acuta)	Stroke Unit vs Degenza ord.	Non istituzionaliz.	5 anni	6 (4-21)
Ulcera peptica sanguinante	Omeprazolo vs placebo	Risanguinamento	2 mesi	6 (4-14)
Influenza	Vaccinazione vs placebo	Episodio influenz.	stagionale	12 (7-27)
Anziani, fratture non vertebrali	Ca+Vit. D vs placebo	Frattura	3 anni	15 (8-12)

Tabella 2

Patologia	Test	LR+
Aneurisma Aorta Addominale	Palpazione	2,7
Depressione negli anziani	GDS	6,2
Ascite	Fiotto addominale	9,6
Infarto Miocardico	Slivellamento ST	11,2
Demenza lieve moderata	MMSE	12,7
Trombosi venosa profonda	Ultrasonografia	27,5

<sup>3</sup> Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011;342:d2983.

<sup>4</sup> da <http://ktclearinghouse.ca/cebmglossary/nnt>

<sup>5</sup> da <http://ktclearinghouse.ca/cebmglossary/lr>

ta con criteri scientifici, ha pieno diritto di essere considerata etica. Non è lo stesso per il Razionamento. Mentre la prima è intesa, come si è detto, a massimizzare i benefici e minimizzare i rischi per tutti, il secondo è inteso a togliere ad alcuni mentre altri si autosostengono. Mentre la prima è rivolta a definire cosa è meglio per la salute di ciascun singolo paziente e per la salute della comunità, il secondo stabilisce cosa si può offrire a selezionate categorie di pazienti. Stabilire a priori che alcune categorie di pazienti riceveranno le cure necessarie mentre altre no, è una scelta eticamente poco sostenibile.

Occorre infine dire che, per operare concretamente secondo i criteri della Medicina Parsimoniosa, i professionisti devono essere decisamente motivati a farlo. Questa motivazione prescinde dalla corresponsione economica, ma è soprattutto funzione della qualità dell'ambiente di lavoro, della disponibilità di tempo e di mezzi per l'aggiornamento, dalla possibilità di assecondare la propria naturale vocazione e anche dalle prospettive di sviluppo professionale che non trovano attenzione in chi è preposto ad organizzare e gestire. Tutte condizioni queste che la situazione contingente rende oggi sempre meno disponibili. **TM**

## RICORDO

# Aldo Bolletti: la storia dell'Anestesiologia



**G**iovedì 15 agosto il Prof. Aldo Bolletti, pioniere dell'Anestesiologia Italiana, ci ha lasciato dopo aver raggiunto il traguardo dei 93 anni e dopo che il suo fisico ha dovuto arrendersi ad una serie di complicazioni, giunte inaspettate durante il suo ultimo ricovero presso l'Ospedale di Careggi: ospedale al quale ha dedicato tutta la sua vita professionale.

Il Prof. Bolletti nasce a Perugia il 31 gennaio 1921. Si laurea in Medicina nel 1946 con il massimo dei voti e lode e, da allievo del Prof. Fedeli, si trasferisce nel 1949 in Inghilterra dove svolge, tra i primi medici italiani, corsi di perfezionamento in Anestesiologia. Frequenta fino al 1951 le Università di Londra, Sheffield, Liverpool ed Edimburgo, quindi rientra in Italia per dedicarsi a quella che sarà per sempre la "Sua" Disciplina.

Nel 1956 consegue la Libera Docenza in Anestesiologia. Dal 1959 al 1968 dirige la Cattedra di Anestesiologia dell'Università di Firenze, per diventare successivamente Primario di Anestesia e Rianimazione dell'Arcispedale S. Maria Nuova e del Policlinico di Careggi dove eserciterà la sua professione fino al 1990.

In quegli anni, ha diretto un'importante unità operativa composta da 31 aiuti e 27 assistenti: colleghi con il cui ausilio ha svolto la sua attività scientifica e assistenziale, oltre che nel primo reparto di Rianimazione, presso le Sale Operatorie universitarie delle Cliniche Ostetrico-Ginecologica, Oculistica, Otorinolaringoiatrica e Urologica e dei reparti ospedalieri di Chirurgia Generale, Neurochirurgia, Chirurgia Cardiaca e Toracica. Tale impegno su molteplici e diversificati campi della nostra disciplina ha permesso il trattamento di oltre 18.000 malati l'anno.

Negli ultimi anni della sua carriera il Prof. Bolletti si è dedicato con passione al problema della donazione e del trapianto d'organo, promuovendo i primi protocolli operativi e raggiungendo risultati significativi e riconosciuti a livello nazionale ed internazionale. A tale riguardo va sottolineata la data del 19 febbraio 1985, giorno in cui, nel reparto di Rianimazione di Careggi da lui diretto, fu effettuato il primo prelievo multiorgano in presenza di morte encefalica.

Il suo nome rimane saldamente legato alla storia della Anestesiologia e Rianimazione Italiana così come alla storia del più importante ospedale della Toscana.

Il nostro affettuoso pensiero insieme a quello di tutti i colleghi Anestesisti-Rianimatori va alla sig.ra Laura, ai quattro figli Claudia, Patrizia, Marcello, Paola e ai 6 nipoti, nucleo familiare nel quale, fino all'ultimo, il Professore ha svolto il fondamentale ruolo di amato capofamiglia.

*Raffaele De Gaudio*

## BACHECA

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



Sonia Baccetti, agopuntore Responsabile Rete Toscana di Medicina Integrata - Assessorato al Diritto alla Salute - Regione Toscana.

# Stili di vita e medicine complementari

## Un questionario regionale

Sarà presto avviato uno studio sullo stile di vita dei cittadini toscani che si rivolgono alle medicine complementari. Focus su abitudini, dieta, attività fisica e consumo di farmaci.

**D**a anni si pone un'attenzione sempre maggiore su comportamenti e stili di vita consapevoli e responsabili, rispettosi della natura e dell'ambiente. Stili di vita che coinvolgono il modo di alimentarsi, di sfruttare energie e risorse ambientali e anche di curarsi. D'altra parte da tempo l'Organizzazione Mondiale della Sanità parla di salute, un diritto umano fondamentale, come "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale" e non più come semplice assenza di malattie.

Le medicine complementari (MC) o non convenzionali si fondano su una visione olistica della salute, nella quale corpo e mente sono integrati in un insieme organico, da cui deriva lo stato di salute inteso come benessere dell'individuo nella sua totalità e in rapporto all'ambiente. Esse contribuiscono ad affermare uno stile di vita salutare e un ruolo attivo dei cittadini, anche in materia di prevenzione e svolgono dunque un ruolo decisivo per affermare questa nuova visione di salute, benessere, malattia. Spesso i principi che caratterizzano i pazienti di queste medicine sono l'acquisizione di stili di vita sani (dieta, attività fisica, minor consumo di tabacco, alcol, sostanze psicoattive ecc.), la sobrietà nella domanda sanitaria, la centralità della persona, l'integrazione corpo/mente, maggiore consapevolezza nella tutela della salute personale, di familiari, amici e animali, la promozione di sistemi di autocura.

La letteratura internazionale riporta che gli utilizzatori delle CAM (*Complementary and Alternative Medicines*) sono per lo più donne di fascia sociale alta e con un buon livello d'istruzione, giovani o di mezza età; in genere persone fisicamente più attive, più raramente in sovrappeso e che seguono stili di vita salutari. I dati a nostra disposizione mo-

strano invece che i cittadini toscani utenti delle MC sono più anziani e hanno un livello socioeconomico più basso rispetto a quanto riportato in letteratura. Ciò è probabilmente legato a un accesso più equo alle terapie, poiché in Regione Toscana le medicine complementari, incluse nel SSR, hanno costi più accessibili rispetto al settore privato.

È noto che stile di vita e alimentazione sono

determinanti essenziali delle condizioni di salute della popolazione. Se si considera inoltre che nei paesi industrializzati la spesa sanitaria è in costante aumento e che ciò richiede nuovi modelli di gestione soprattutto per affrontare cronicità diffuse come obesità, patologie cardiovascolari, consumo di alcolici e tabacco e di consumo eccessivo di farmaci, si deduce che

l'adozione di un corretto stile di vita è fondamentale sotto diversi aspetti.

Anche a questo riguardo la medicina complementare può dare una risposta, non solo per l'efficacia mostrata in alcuni problemi di salute multifattoriali, ma anche sul fronte della spesa. Sul rapporto costo-benefici delle medicine complementari sono stati pubblicati diversi studi che mostrano in alcune specifiche patologie una riduzione della spesa rispetto all'uso di altri farmaci. Una rassegna del 2012<sup>1</sup>, ad esempio, ha esaminato 338 valutazioni economiche sulle MC, di cui 204 riguardavano un'ampia tipologia di queste terapie e di popolazioni cliniche. Su 56 studi di alta qualità, sedici (29%) hanno mostrato che il ricorso alle MC determina un miglioramento della salute e una riduzione dei costi.

### Il questionario regionale

Tenuto conto di questi aspetti e della diffusione delle MC in ambito regionale, come documentano

SONIA BACCETTI<sup>1</sup>, MARIELLA DI STEFANO<sup>2</sup>,  
ELIO ROSSI<sup>3</sup>, SERGIO SEGANTINI<sup>4</sup>,  
FABIO VOLLER<sup>5</sup>, ALBERTO ZANOBINI<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Agopuntore Responsabile Rete Toscana di Medicina Integrata - Assessorato al Diritto alla Salute - Regione Toscana

<sup>2</sup> Giornalista Rete Toscana di Medicina Integrata - Assessorato al Diritto alla Salute - Regione Toscana

<sup>3</sup> Omeopata Rete Toscana di Medicina Integrata - Assessorato al Diritto alla Salute - Regione Toscana

<sup>4</sup> Omeopata Centro Fior di Prugna, Struttura di Riferimento Regionale per le MC e la MTC - Azienda Sanitaria Firenze

<sup>5</sup> Responsabile Settore Sociale Osservatorio di Epidemiologia Agenzia Regionale di Sanità - Regione Toscana

<sup>6</sup> Responsabile Settore Ricerca, Innovazione e Risorse Umane - Regione Toscana

<sup>1</sup> Patricia M Herman et al. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ* 01/2012; 2(5).

la ricerca condotta dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) nel 2009 e i flussi della specialistica ambulatoriale, si è ritenuto opportuno studiare la correlazione fra stili di vita e ricorso alle MC negli ambulatori del SSR con un questionario che sarà distribuito negli ambulatori pubblici capillarmente inclusi nella rete di sanità pubblica (108).

Il Centro Fior di Prugna dell'Azienda Sanitaria di Firenze ha già condotto nel 2012 uno studio pilota per valutare lo stile di vita in un campione di cittadini in cura presso la struttura in confronto all'utenza generale toscana. A partire da questa esperienza la Rete toscana di medicina integrata (RTMI) in collaborazione con l'ARS, ha elaborato un questionario che sarà proposto a livello regionale.

Composto di sei sezioni, il questionario inizia con domande circa il trattamento in corso del paziente (agopuntura, omeopatia, fitoterapia, massaggio cinese, moxibustione, farmaci convenzionali ecc.), se e per quali motivi è stato utilizzato, e le fonti di informazione sulla terapia scelta (medico di famiglia, farmacista, erborista, familiari, amici, media, Internet ecc.).

Dopo i dati socio anagrafici, seguono domande che riguardano lo stile di vita: attività fisica, abitudine al fumo (incluso uso di sigarette elettroniche), tipo di alimentazione adottata con riferimento a tipologie di cibi quali frutta, verdura, alimenti biologici, bevande gasate ed eventualmente l'ado-

zione di regimi dietetici.

Particolare attenzione è stata rivolta al consumo di bevande alcoliche, per approfondire un tema che ha un notevole impatto socio-sanitario indagando non soltanto il consumo di vino, ma anche di birra, superalcolici e aperitivi, molto diffusi fra i giovani. L'ultimo item del questionario riguarda il consumo di farmaci e mette a fuoco il ricorso ad antibiotici, ansiolitici, antidepressivi o sonniferi, antidolorifici e vaccino antinfluenzale.

### Come funziona la ricerca

Il questionario sarà consegnato al cittadino durante il trattamento, accompagnato da una lettera di presentazione e istruzioni; la sua compilazione, ovviamente facoltativa, è fatta nel rispetto dell'anonimato. L'attività di distribuzione e raccolta dei questionari inizierà il 15 gennaio 2014 e terminerà il 15 luglio 2014. Gli ambulatori di MC della RTMI s'impegnano a diffondere il questionario più capillarmente possibile.

La fase di distribuzione sarà preceduta da attività di informazione rivolte agli operatori di medicina complementare del SST, sia con iniziative dirette sia attraverso la stampa di settore. L'elaborazione dei dati sarà eseguita dall'ARS.

È molto importante che i cittadini toscani siano informati su questa iniziativa, si invitano quindi i medici del SSR a voler sensibilizzare i propri pazienti nei modi che riterranno opportuni. **TM**

## Lettere al direttore

Toscana Medica 10/13



# Ancora sul dolore in Toscana

Gentilissimo Dr. Panti,

ho letto con molto interesse l'articolo pubblicato sul numero di settembre di "Toscana Medica" sul trattamento del dolore cronico con tecniche neuromodulative, in cui si illustrano le opportunità per i pazienti e le tecniche più innovative.

Devo però rilevare una imprecisione che mi permetto di segnalare.

Nell'articolo si afferma che la U.O. di Terapia del Dolore di Pisa è diventata "Centro di riferimento della Regione Toscana per le tecniche invasive di trattamento del dolore".

Vorrei far presente che, al momento, la Regione Toscana non ha individuato alcun Centro di Riferimento nell'ambito della Terapia del Dolore.

Le tecniche di neuromodulazione spinale e periferica vengono offerte ai pazienti in diversi Ospedali in tutta la Regione.

In particolare presso la nostra struttura vengono utilizzate da molti anni con diverse centinaia di impianti all'attivo e con la realizzazione di tecniche di impianto innovative.

Attualmente stiamo realizzando un innovativo progetto per il trattamento della Cefalea con stimolazione dei nervi occipitali in pazienti con dolore non controllabile e abuso di analgesici.

Il progetto è realizzato in collaborazione con il Centro Cefalee del nostro Ospedale, la tecnica è stata utilizzata su molti pazienti con risultati eccellenti e ci ha permesso di ricevere una "Menzione Speciale" dalla giuria del "Premio Nottola Mari Luzi", che premia progetti innovativi nel trattamento del dolore a livello nazionale.

*Rocco Domenico Mediatì*  
SOD Cure Palliative e Terapia del Dolore  
DAI Oncologia - AOU Careggi - Firenze



Claudio Raspanti, medico in formazione specialistica c/o la Scuola di Radiodiagnostica dell'AOU Careggi di FI, lavora c/o il Dip. di Radiologia Interventistica Extravascolare diretto dal Prof. Ernesto Mazza. Dal 2011, dopo perfezionamento in Tecniche di Termoablazione Extracorporea con metodica HIFU e 200 ore di tutoraggio attivo con personale esperto della Chongqing Medical University, si occupa di ablazione di lesioni addominali solide benigne e maligne c/o il Centro HIFU dell'AOUC.

# Nuove frontiere nella terapia delle lesioni addominali solide benigne e maligne

## Ultrasuoni focalizzati ad alta intensità

### Introduzione

*High Intensity Focused Ultrasound* (HIFU) è una terapia termoablattiva non invasiva impiegata per la distruzione di tessuto patologico situato in profondità all'interno del corpo mediante l'impiego di ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU).

In uso da più di 20 anni in Cina (progetto HIFU: 1988, Chongqing), questa metodica è stata importata in Europa solo di recente: da Ottobre 2011 è disponibile anche a Firenze presso il Centro HIFU dell'AOU-Careggi (Figura 1), gestito in collaborazione dai Dipartimenti di Radiologia Interventistica Extravascolare e di Endoscopia Digestiva, e viene impiegata per il trattamento delle lesioni solide addominali, benigne e maligne.

### Principi di funzionamento del sistema HIFU

HIFU utilizza un raggio conico di ultrasuoni ad alta intensità, focalizzato mediante una lente, al fine di generare un'innalzamento della temperatura (60-100 C°) in un punto focale all'interno del tessuto bersaglio tale da indurre un danno irreversibile alle cellule tumorali e, di conseguenza, la necrosi coagulativa del tessuto neoplastico.

I moderni sistemi HIFU prevedono l'impiego di una metodica di imaging per la guida delle procedure di termoablazione percutanea: il sistema in dotazione al Centro HIFU di Firenze è dotato di guida ecografica. Questa metodica è stata approvata in numerosi paesi per il trattamento di patologie quali fibromi uterini, epatocarcinoma, cancro del pancreas, cancro della mammella, tumori ossei e tumore renale; inoltre recenti studi hanno dimostrato la sua efficacia sulle metastasi epatiche da cancro del colon-retto, sulle metastasi ossee, sui tumori della tiroide e delle paratiroidi, sui sarcomi retroperitoneali e sui tumori dei tessuti molli.

### Campi di applicazione: la nostra esperienza

A causa dell'avanzato stadio di malattia al momento della diagnosi o della presenza di comorbilità, buona parte dei pazienti non è candidabile al

trattamento chirurgico: in questi casi HIFU rappresenta un'alternativa terapeutica non invasiva, in quanto consente la termoablazione della lesione bersaglio senza che sia necessario introdurre alcun dispositivo. Inoltre questa metodica può essere impiegata in associazione a chirurgia, radioterapia e chemioterapia in caso di malattia estesa, al fine di consentire un controllo

pluridistrettuale della patologia.

Nel centro HIFU fiorentino questa metodica viene impiegata primariamente nel trattamento delle lesioni neoplastiche addominali: i siti anatomici più facilmente aggredibili sono rappresentati dal fegato, dalla loggia pancreatica e dalle logge renali. A livello epatico, la metodica HIFU si rivela particolarmente utile nel caso di lesioni ilari o in stretto rapporto con le strutture vascolari, difficilmente aggredibili con altre tecniche mini-invasive. Anche a livello renale questa tecnica offre alcuni vantaggi rispetto alle convenzionali metodiche di termoablazione: l'assenza di tramiti di accesso percutaneo, infatti, consente una sensibile riduzione dell'incidenza di complicanze quali il sanguinamento e la formazione di tramiti fistolosi.

Oltre ad essere un trattamento potenzialmente curativo e in grado quindi di aumentare l'aspettativa di vita dei pazienti, HIFU può essere utilizzata anche a scopo palliativo.

A livello pancreatico, oltre che per il controllo locale della malattia, abbiamo impiegato la metodica HIFU per ridurre la sintomatologia paraneoplastica: nei casi trattati abbiamo infatti ottenuto una notevole riduzione del dolore legato all'infiltrazione dei plessi

CLAUDIO RASPANTI<sup>1</sup>, MICHELE ROSSI<sup>2</sup>,  
MICHELE PIETRAGALLA<sup>1</sup>, RICCARDO NASPETTI<sup>5</sup>,  
ERNESTO MAZZA<sup>4</sup>, LEONARDO CAPACCIOLI<sup>5</sup>

<sup>1</sup> SOD Radiologia Interventistica Extravascolare

<sup>2</sup> SOD Endoscopia Digestiva

<sup>3</sup> Direttore SOD Endoscopia Digestiva

<sup>4</sup> Direttore SOD Radiologia Interventistica Extravascolare

<sup>5</sup> Direttore Scuola di Specializzazione in Radiologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Firenze; Direttore SOD Radiodiagnostica 3

AOU Careggi, Firenze

nervosi prevertebrali e la riduzione dell'ittero ostruttivo grazie alla decompressione della via biliare principale.

HIFU offre ai pazienti un'alternativa quando non sono praticabili altri trattamenti o quando rifiutano di sottoporsi ad un intervento chirurgico. È questo il caso delle pazienti affette da fibromatosi uterina sintomatica, in cui la terapia di elezione è rappresentata dall'escissione chirurgica. Non sempre, però, è possibile isolare i singoli fibromi a causa delle grandi dimensioni o della loro localizzazione, con la conseguente necessità di ricorrere ad un'isterectomia totale. In questi casi, il trattamento HIFU si è rivelato efficace e sicuro, consentendo di preservare l'utero delle pazienti, spesso giovani, in età fertile e con prospettive future di gravidanza. In tutte le pazienti della nostra casistica è stato possibile osservare una netta riduzione della sintomatologia e un rapido miglioramento della qualità della vita, valutati mediante il questionario *Uterine Fibroid Symptom and health-related Quality Of Life questionnaire* (UFS-QOL), a partire già dal primo ciclo mestruale dopo il trattamento. Inoltre, attraverso le indagini di *follow-up* è stato possibile confermare i dati della letteratura riguardanti la progressiva riduzione dimensionale dei fibromi fino a più del 50% del volume iniziale già a tre mesi di distanza dal trattamento, con completo riassorbimento dell'area di necrosi coagulativa nei controlli ad un anno (Figura 2).

#### Casi particolari

In un caso di lesione del muscolo grande rotondo infiltrante il margine laterale della scapola sinistra, metastasi da primitivo tumore polmonare, associato a dolore e impotenza funzionale, già dalla prima giornata post-operatoria è stato possibile osservare un netto miglioramento della sintomatologia algica; ancora, in una paziente abbiamo ottenuto una riduzione di volume (circa il 40% al controllo TC ad un mese) di una metastasi epatica da carcinoma mammario che comprimeva lo stomaco provocando dispepsia, con



**Figura 1** - Dispositivo HIFU in dotazione presso il Centro HIFU dell'AOU-Careggi di Firenze, modello JC200® Focused Ultrasound Tumor Therapeutic System prodotto da Chongqing Haifu (HIFU) Technology Co., Ltd.

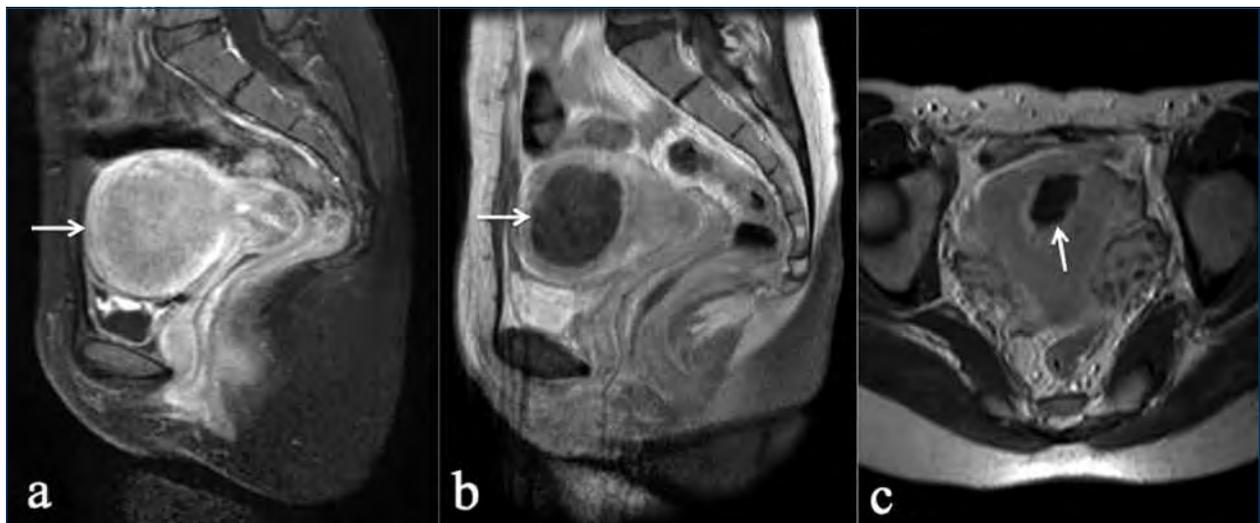
netto miglioramento della sintomatologia ostruttiva, permettendo un'alimentazione autonoma.

#### Conclusioni

Numerosi vantaggi sono stati apportati da questa nuova metodica rispetto al trattamento chirurgico convenzionale. Infatti, l'assenza di invasività della procedura di termoablazione HIFU non espone i pazienti ai rischi legati all'intervento chirurgico e alle eventuali complicanze post-operatorie. Inoltre, questa tecnica consente una riduzione dei tempi di ospedalizzazione del paziente che, in assenza di complicanze, può essere dimesso nella stessa giornata della seduta termoablativa.

In conclusione possiamo affermare che la procedura di termoablazione con metodica HIFU rappresenta una valida alternativa al trattamento chirurgico tradizionale nella terapia delle lesioni solide addominali per tutti i pazienti non candidabili all'intervento o che rifiutano di sottoporsi.

TM



**Figura 2** - Immagini RM con MdC paramagnetico (Gadolinio). Valutazione pre-trattamento (a), controllo ad un mese dalla procedura (b) e a 6 mesi dalla procedura (c). Fibroma uterino intramurale delle dimensioni di 76x75x75mm a sede a livello della parete anteriore del corpo-fondo dell'utero. È evidente un modesto c.e. moderatamente omogeneo, compatibile con una normovascularizzazione della lesione. Ad un mese, si nota una riduzione dimensionale della lesione con diametri massimi di 56x62x41mm. È evidente un'area centrale ipointensa con scomparsa del c.e. relativa alla necrosi tessutale indotta dal trattamento (VNP). A sei mesi si nota un'ulteriore riduzione delle dimensioni (35x22x40mm) della lesione, con parziale riassorbimento dell'area necrotica.

# Organizzazione Toscana Trapianti

Prosegue la pubblicazione, iniziata nel numero precedente, degli articoli che illustrano ampiamente l'attività dell'Organizzazione Toscana Trapianti.

Per informazioni: ott@regione.toscana.it

**CRAOT**

## I dati del Centro Regionale Allocazione Organi e Tessuti

A partire dal 2002 in Toscana l'andamento dell'attività di segnalazione dei donatori HB ha visto una crescita media annua del 9,8%; nel 2009 viene raggiunto l'apice con 83,2pmp. Negli anni successivi la flessione si è manifestata con un tasso di crescita medio del 5,2% e questo dato si correla con la riduzione, di pari valore, dei decessi dei pazienti cerebrolesivi. Tale situazione si osserva anche a livello Nazionale, ove la riduzione viene a concentrarsi prevalentemente negli anni 2010 e 2011. Conseguentemente la flessione ha influito sul

MARCO BOMBARDI

Coordinatore Infermieristico del Centro Regionale Allocazioni Organi e Tessuti dell'Organizzazione Toscana Trapianti

trend dei donatori effettivi toscani, i cui esiti sono stati limitati dalla riduzione del numero delle opposizioni al prelievo di organi. In relazioni a periodi ben definiti vi sono dati che supportano quanto finora elaborato. Nel periodo che va dal 2002 al 2007, il tasso di opposizione si colloca costantemente oltre la media nazionale. Nel 2008 le posizioni vengono ad essere invertite



Marco Bombardi, Master in "Management per le funzioni di coordinamento nell'area infermieristica, ostetrica e pediatrica" presso l'Università degli Studi di Firenze e in "Coordinamento infermieristico di donazione e trapianto di organi e tessuti" presso l'Università degli studi di Pisa. Certificato nazionale (CNT) di "Coordinatore alla donazione" e "Certificate of European Transplant Coordination (CETC)".

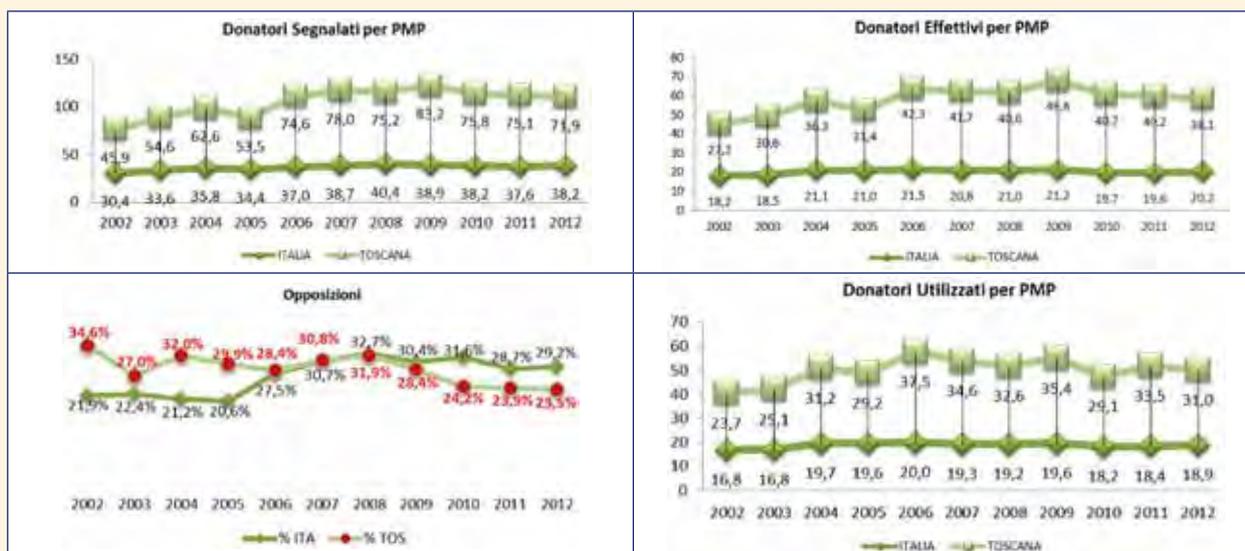


Figura 1

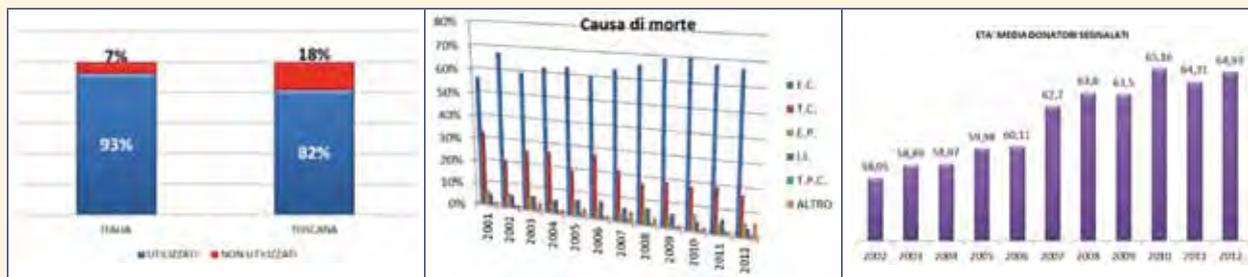


Figura 2

ed a tutt'oggi in Toscana i dati mostrano un valore pari a -5,7% di opposizioni in riferimento alla realtà Nazionale (Figura 1).

Dal grafico si evidenzia che in riferimento ai donatori utilizzati per Milione di Popolazione, l'attività complessiva nazionale mostra un trend costante negli anni posti in questione, a differenza della regione Toscana, dove nonostante l'oscillazione mantiene un valore costantemente sopra la media nazionale.

L'analisi dei dati cumulativi sia dell'attività reale Nazionale che Toscana, rileva che quest'ultima, a parità di tasso di donatori effettivi (55%), ha una percentuale maggiore di donatori non utilizzati (18%); ciò può essere spiegato con i dati epidemiologici, che evidenziano sia un aumento negli anni dell'età media dei donatori (64 aa) che della patologia cerebrovascolare (64%) come principale causa di morte (Figura 2). Da un'attenta e profonda analisi del grafico si evince un'ulteriore teoria, la cui dimostrazione ha una valenza nazionale. Essa consta nell'utilizzo in prima istanza dei donatori in ambito Regionale rispondendo alle politiche sanitarie della stessa regione. Così facendo, la probabilità di utilizzare un organo è proporzionalmente condizionata dal numero e caratteristiche della stessa. Aumentandone il numero e le caratteristiche mediante un'unica lista nazionale per organo, andremmo ad incrementare l'ottenimento del ricevente più appropriato per le condizioni cliniche dell'organo disponibile.

Nel 1991 ha inizio l'esperienza trapiantologica nella Regione Toscana con il programma del trapianto di rene, da allora ad oggi sono stati trapiantati 4367 persone. Nell'ultimo decennio in Italia gli organi allocati sono stati 33.758 permettendo così a

32.870 pazienti di uscire dalle liste di attesa.

Il contributo dato dalla rete di donazione e trapianto della Toscana, nel periodo 2002-2012, è stato di 3.063 (9,07%) organi trapiantati e di 2.908 (8,84%) pazienti usciti dalla lista di attesa. La Figura 3, ci mostra che il miglior rapporto tra donatori effettivi ed organi trapiantati in Toscana è avvenuto nel 2006 con 349 organi impiantati su 330 pazienti (16 cuore, 119 fegato, 13 pancreas, 11 polmone, 152 rene, 19 rene-pancreas) e che l'andamento negli anni successivi mostra una costante contrazione. Nel triennio 2010-2012 in ambito Nazionale si rileva una leggera flessione, pur mantenendo ampia la forbice tra donatori utilizzati e organi trapiantati (Figura 3).

### ANALISI DEL SINGOLO ORGANO

**CUORE** (Figura 4). Dal 1994 al 2012 il programma di trapianto cuore in Toscana registra 350 pazienti trapiantati. Nell'ultimo decennio, l'attività di trapianto di cuore in Toscana e in ambito Nazionale ha vissuto e sta vivendo una sensibile riduzione. La causa più evidente è l'aumento dell'età media dei donatori effettivi (64aa in Toscana e 53aa in Italia). I dati di *follow-up* riguardanti la sopravvivenza dell'organo e del paziente ad 1 anno e 5 anni dal trapianto, mostrano che la Toscana è situata sotto la media Nazionale (decennio 2000-2010), mentre per quanto riguarda il numero totale di trapianti effettuati si posiziona sopra di 3,4 punti percentuali, rispetto alla media Nazionale posta al 95.5%.

**FEGATO**. (Figura 5). Il programma di trapianto di fegato in Toscana ha in attivo, dal suo inizio, 1396 pazienti trapiantati di cui 4 combinati con rene ed 1 con cuore. Nel 2012, dopo il buon risulta-



Figura 3

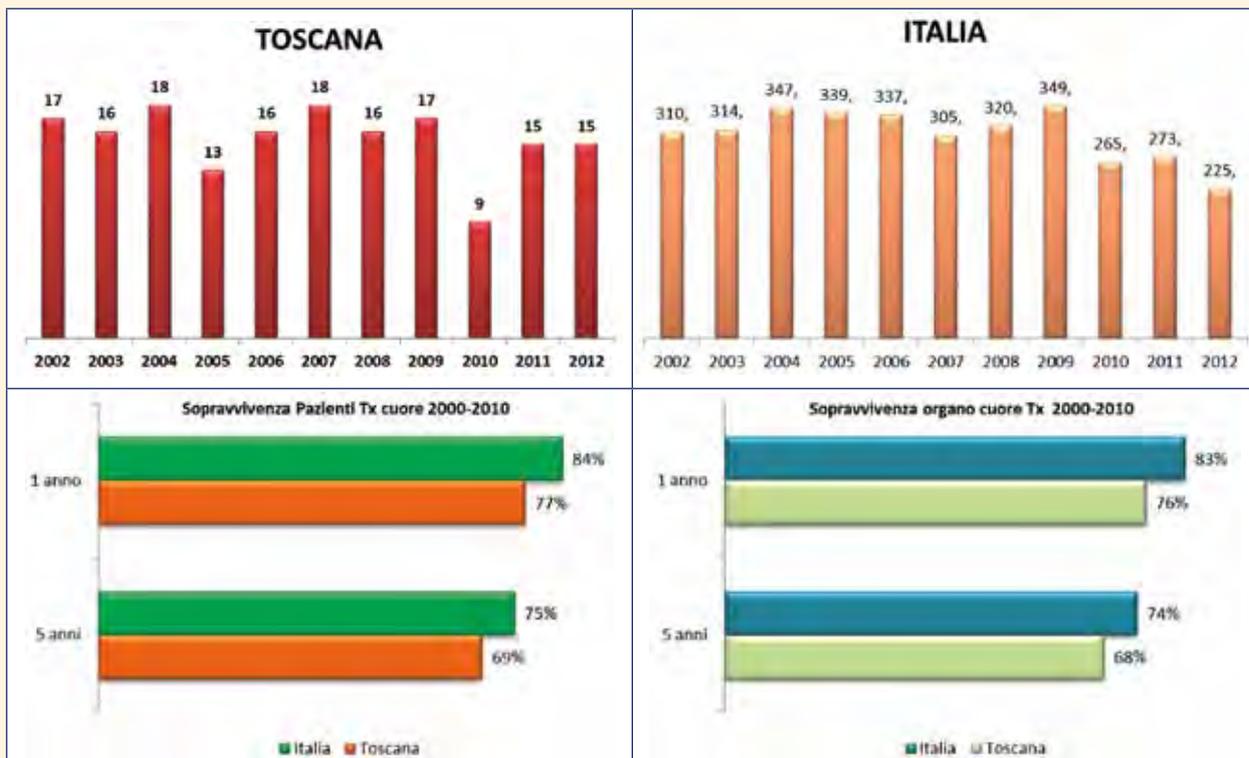


Figura 4

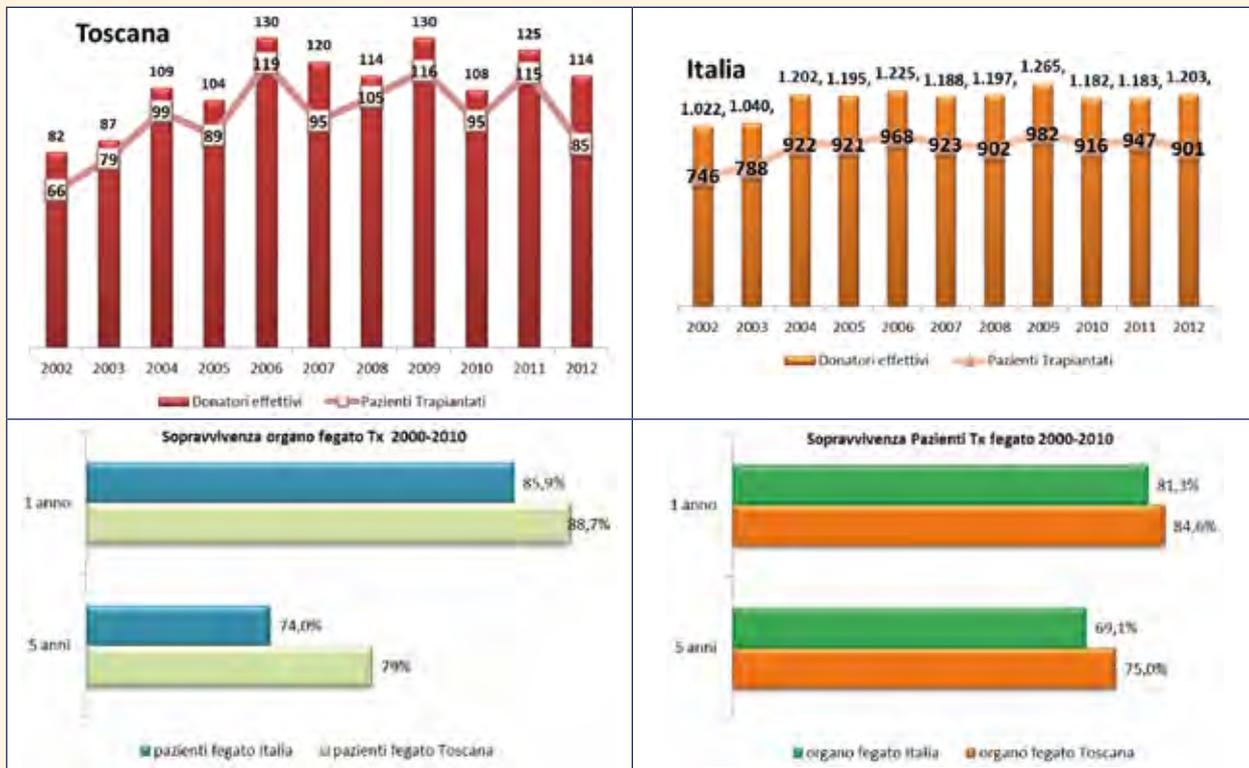


Figura 5

to avuto nel 2011, ha visto allargarsi la forbice tra donatori effettivi e pazienti trapiantati riportandoli a valori che non si osservavano dal 2003. I dati di *follow-up* riguardanti la sopravvivenza dell'organo e del paziente ad 1 anno e 5 anni dal trapianto, collocano la Toscana sopra la media Nazionale (dati riferiti al periodo 2000-2010), mentre per quanto

riguarda il numero totale di trapianti effettuati sta al secondo posto dopo il Piemonte.

**RENE** (Figura 6) e **RENE PANCREAS** (Figura 7). Dal 1991 al 2012 sono stati eseguiti 2378 trapianti ripartiti tra i tre Centri che operano in Toscana. L'insieme dei trapianti si distribuisce in tre tipologie, ovvero la prima in singolo (1 rene su

1 paziente) con 2037 trapianti, la seconda con 166 trapianti in modalità doppio (2 reni su 1 paziente) e la terza con 189 trapianti in modalità rene-pancreas (1 rene ed 1 pancreas su 1 paziente). Approfondendo l'analisi per ogni singolo Centro, si osserva che quello dell'A.O.U. di Siena nell'ultimo quinquennio, del periodo 2002-2012, ha aumentato la propria attività, controbilanciando la flessione in negativo di quello dell'AOU di Careggi che si è concentrata sui soli trapianti singoli. Tra le due si colloca l'Azienda Pisana che pur avendo una attività

intermedia è riuscita a svilupparsi su più tipologie di trapianto. Nonostante questo, negli ultimi anni, si nota una rilevante riduzione, che, per essere ottimizzata richiede un ampliamento necessario del limite di età dei donatori candidati al tipo di prelievo, da 45 a 50 anni.

I dati di *follow-up* riguardanti la sopravvivenza del rene e del paziente ad 1 anno e 5 anni dal trapianto, (elementi riferiti al periodo 2000-2010), collocano la Toscana sotto la media Nazionale. Contrariamente a ciò, se andiamo ad analizzare la so-

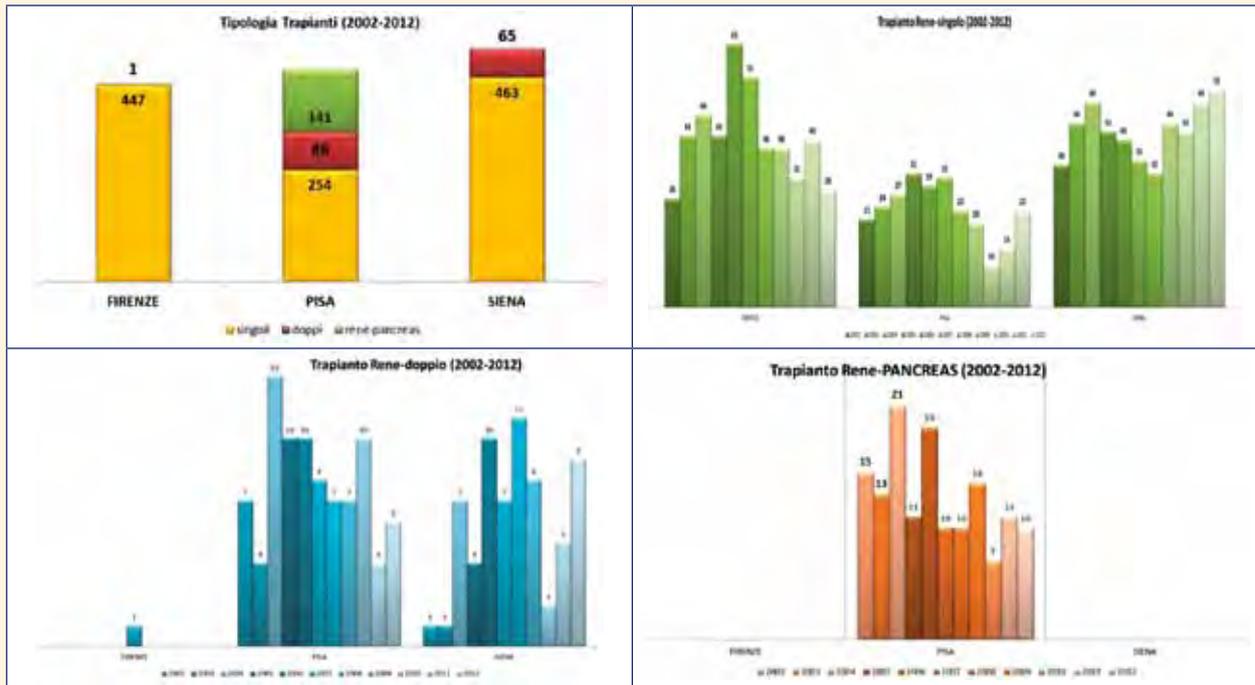


Figura 6

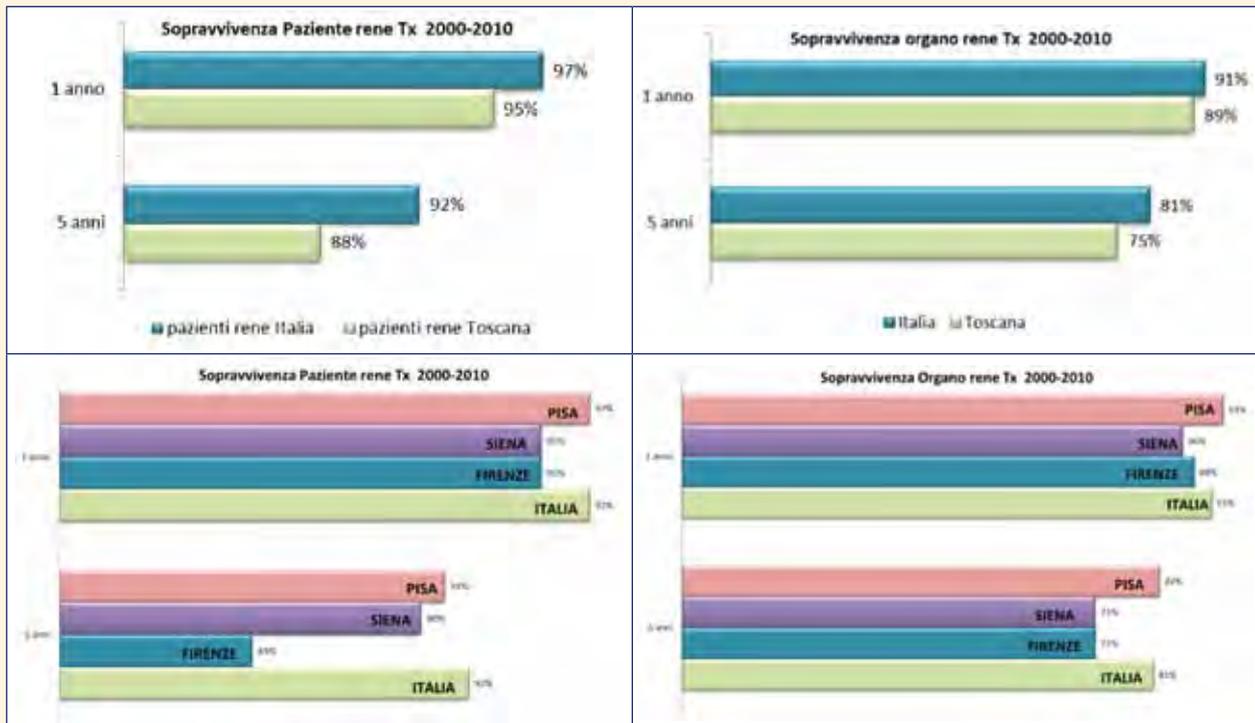


Figura 6bis

pravvivenza per singolo centro trapianto, vediamo che solo Pisa si pone, anche se di poco, al di sopra della media Nazionale (Figura 6 bis).

**RENE DA DONATORE VIVENTE.** A partire dal 2001 l'esperienza trapiantologica si arricchisce di un nuovo programma con il trapianto di rene da donatore vivente che conta fino al 2012 n. 279 pazienti trapiantati collocando la Toscana al primo posto a livello Nazionale con il 15% di numero di trapianti effettuati in Italia. Alla guida dell'attività regionale abbiamo il Centro trapianti di Pisa con 236 trapianti rispetto ai 24 di Siena e 19 di Firenze.

**PANCREAS.** Dal 1991 al 2012 i trapianti di pancreas isolato sono stati n. 139. Dai dati rilevati dal Registro Internazionale Trapianti di Pancreas (IPTR) si osserva che la sopravvivenza dell'organo e dei pazienti in Toscana risultano essere superiori alla media internazionale.

**POLMONI** (Figura 7). Nel 2001, in Toscana, inizia il programma relativo al trapianto del polmone. L'insieme dei trapianti si distribuisce in due tipologie, ovvero la prima in singolo (un solo polmone) con 55 pazienti trapiantati e la seconda in modalità doppio (due polmoni) con 35 pazienti. I dati di *follow-up* riguardanti la sopravvivenza dell'organo e del paziente ad 1 anno e 5 anni dal trapianto, collocano la Toscana sopra la media Nazionale, (elementi riferiti al periodo 2000-2010), mentre per quanto riguarda il numero totale di trapianti effettuati, è posta al secondo posto dopo il Piemonte.

L'analisi dei dati sviluppata evidenzia che, in quest'ultimo decennio, l'impiego di capitale umano e risorse ha avuto un ritorno sociale importante sia in termini di quantità che di qualità. I risultati sono stati ottenuti grazie ad un'ampia rete organizzativa, che si estende in maniera capillare nel territorio Nazionale e alla quale viene richiesta la massima efficacia ed efficienza. Lo scopo di tale richiesta è rivolto sia ad un'aumento del procuramento, sia ad un'allocazione più adeguata corrispondente alla necessità di un migliore utilizzo degli organi prelevati.

Grazie al loro ruolo istituzionale e alla loro collocazione centrale all'interno del processo di donazione, i Centri regionali di allocazione organi e tessuti hanno l'obbligo morale e formale di permettere che la destinazione della risorsa avvenga presso un

centro trapianti, le cui probabilità di utilizzo siano pari al 100%, ottenendo il massimo dei risultati.

Il raggiungimento di tale obiettivo comporta che le centrali regionali di allocazione organi e tessuti dispongano in tempo reale delle informazioni riguardanti l'effettivo stato clinico dei riceventi, in modo da poter confrontare le caratteristiche dell'organo del donatore, con le reali necessità cliniche del ricevente. La conoscenza durante la fase allocativa delle effettive possibilità di trapianto di un Centro Trapianti, permette al CRAOT di avere una doppia funzione, in cui va ad esprimere un ruolo di supporto al processo, ma anche di rappresentazione di un'azione proattiva rivolta ad evitare che una risorsa allocata non venga poi utilizzata. Laddove la lista di attesa della Regione di riferimento non abbia al suo interno un iscritto, che risponda alle caratteristiche dell'organo procurato, il Centro di allocazione ha l'obbligo di rilanciare la risorsa su un bacino di iscritti più ampio, ovvero a livello nazionale.

Ciò ha particolare valore, in quanto la riallocazione di un organo ritenuto non idoneo dopo essere stato prelevato e anche con poco tempo di ischemia fredda, riduce la probabilità di utilizzo del 100%.

In una visione politico economica, l'aumento degli organi allocati in maniera appropriata, permette di rispondere alla richiesta della società civile, relativamente al miglioramento della qualità di vita degli utenti. Soprattutto in questo periodo di crisi economica, è necessario codificare in maniera trasparente e dichiarata, dove impiegare le proprie risorse disponibili. Quindi, portare avanti un processo di donazione di organi laddove l'evidenza scientifica manifesta la bassa probabilità del loro utilizzo, deve indurre il sistema a non impiegare le proprie risorse utilizzabili. Tutto questo può essere reso possibile attraverso uno strumento informatico più completo, che non si limiti al solo monitoraggio, ma che permetta d'individuare e classificare la probabilità d'uso dell'organo.

Un sistema informatico, in parte, ad oggi non ancora disponibile, realizzato da esperti e basato su una casistica che la Regione Toscana possiede e che non ha nulla da invidiare alle altre realtà presenti sul territorio Nazionale.

TM

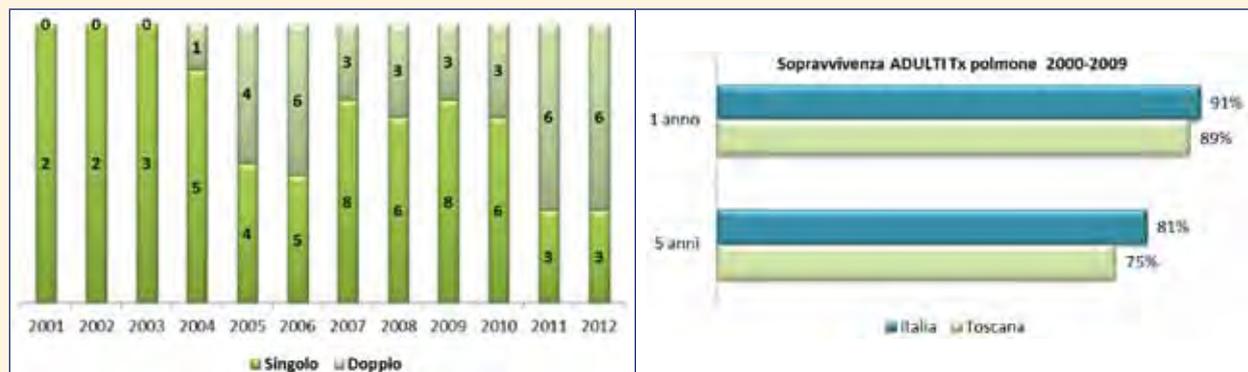


Figura 7



Lorenzo D'Antonio, Laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione con lode in Anatomia e Istologia Patologica. Perfezionato in Medicina delle Assicurazioni. Master in Clinical Risk Manager presso la Scuola Superiore S. Anna di Pisa. Diploma di Transplant Procurement Management (TPM). Certificazione Nazionale dei Coordinatori alla Donazione e al Trapianto di Organi da parte del Centro Nazionale Trapianti del Ministero della Salute. Dirigente Medico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, è attualmente responsabile del Centro Regionale Allocazione Organi e Tessuti. Relatore a congressi e convegni nonché docente in corsi di perfezionamento regionali e nazionali in materia di coordinamento trapianti e del master infermieristico dell'AOU Pisana.

# CRAOT: le basi operative del Coordinamento Inter Regionale

**I**l Centro Regionale Allocazione Organi e Tessuti (CRAOT), afferente alla Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, viene istituito nel 1999 come Centro Regionale Trapianti e, successivamente, come Centro di Allocazione Organi e Tessuti a seguito della Delibera n. 294 del 29.03.2004 (assetto organizzativo OTT). Le più recenti delibere, ovvero la

n. 827 del 20.11.2007 relativa all'aggiornamento dell'assetto organizzativo, e la n. 442 del 30.05.2011 riguardante la revisione organizzativa del percorso regionale donazione e trapianto, hanno ulteriormente fissato i compiti ed il ruolo del Centro di Allocazione, che è quello di guidare il processo della donazione, prelievo e trapianto in tutte le sue fasi organizzative e procedurali, in particolare definire l'idoneità ed il livello di rischio del donatore, secondo linee guida stabilite da protocolli nazionali, sulla base dell'anamnesi e delle risul-

tanze cliniche e strumentali degli accertamenti eseguiti, ed assegnare, infine, l'organo ritenuto idoneo per il trapianto secondo gli algoritmi previsti dalle Linee Guida regionali e nazionali.

Per poter operare, il CRAOT deve quindi avere la visione completa del processo donazione-trapianto attraverso la conoscenza di tutte le procedure, che vanno dalla segnalazione del potenziale donatore di organi e/o tessuti, fino al trapianto o la conservazione dei tessuti.

Tale attività, caratterizzata da elevati livelli di complessità e di integrazione tra diversi ambiti del sistema sanitario, oltre che da alcune altre peculiarità, quali il fatto, ad esempio, di non essere programmabile, e di costituire una attività interdisciplinare, multifasica e multifattoriale, viene gestita attraverso la diretta collaborazione con i Coordinamenti Locali, con i Centri trapianto, i Centri di conservazione, i Servizi di area vasta, ognuno per quanto di competenza.

Oltre a tali compiti, il CRAOT gestisce le liste d'attesa comunicate dai Centri Trapianto della regione, il mantenimento dei rapporti operativi con gli esperti della Sicurezza degli organi nominati dal Centro Nazionale Trapianti (CNT), il mantenimento dei rapporti operativi con il Centro Interregionale (CIR) e l'Associazione Interregionale Trapianti (AIRT), la redazione dei verbali di allocazione di organi, la verifica del *follow-up* dei pazienti trapiantati.

Nel corso della sua attività di coordinamento, il CRAOT ha, ad oggi, gestito circa 3000 donazioni a cuore battente originate in Toscana, processato e va-

lutato circa 1800 offerte di organi provenienti da altre regioni, oltre a più di 2000 donazioni in qualità di Centro Interregionale AIRT nel triennio 2000/2003 (ovvero con gestione diretta dell'attività di donazione delle Regioni Piemonte, Emilia Romagna, Puglia e Valle d'Aosta), funzione che ricopre anche attualmente per il triennio 2013-2016. L'attività di prelievo ha interessato più di 5000 organi dei quali 3680 utilizzati e trapiantati.

Un aspetto rilevante di primaria importanza che è emerso in questi ultimi anni e che si è oramai confermato essere elemento peculiare del sistema, è costituito dall'età media dei donatori sempre più

elevata, nei quali le cause di morte sono rappresentate, per lo più, da accidenti cerebrovascolari, in un contesto talvolta di complessi quadri clinici caratterizzati da malattie e condizioni morbose che impongono al sistema di operare, con la massima attenzione, nella rigorosa applicazione delle regole di valutazione dell'idoneità, sia del potenziale donatore che degli organi ritenuti idonei.

A tal fine, diventa assolutamente prioritario, per garantire gli indispensabili livelli di qualità e sicurezza richiesti al percorso donativo, poter contare su una rete capillare fatta di professionisti dedicati sui quali poter contare nei casi di più difficile interpretazione, in grado di garantire l'indispensabile confronto ed approfondimento specialistico utile a risolvere le problematiche connesse all'analisi ed alla valutazione del donatore, sia in termini di livello di rischio, che di vantaggio terapeutico per i riceventi dall'eventuale trapianto.

In questo ambito, vengono organizzati presso il CRAOT periodici incontri tra specialisti impegnati nei vari percorsi di valutazione di idoneità, nel corso dei quali vengono affrontate tematiche legate sia all'analisi di casi specifici che abbiano presentato particolari difficoltà, che all'esame delle procedure dei vari percorsi ai fini dell'eventuale individuazione di punti critici e, quindi, migliorabili, alla luce delle esperienze acquisite.

Relativamente alla fase di allocazione degli organi, questa rappresenta un momento decisivo del processo e deve essere ispirata a peculiari ed indispensabili criteri di trasparenza e garanzie in termini di giustizia e di equità.

Da questo punto di vista, l'allocazione deve essere una procedura trasparente e prestabilita che fa riferimento a principi comuni e condivisi, che poggia su criteri scientificamente validi, è documentabile ad ogni interessato e che assegna formalmente **ad un paziente** un organo che abbia una qualità accettabile e non lo esponga a rischi inaccettabili e che è trasmessa, nei tempi e nei modi stabiliti, al Centro Nazionale, che ne sorveglia la corretta applicazione.

Possiamo parlare di una allocazione efficace ed efficiente degli organi, quando il sistema è capace, ten-

LORENZO D'ANTONIO  
Dirigente Medico AOU Careggi, Firenze

denzialmente, di allocare tutti gli organi prelevati da donatori idonei che si rendono disponibili nella propria area, e di limitare al minimo lo scarto tra organi prelevati da donatori idonei e organi trapiantati.

Da questo punto di vista, il CRAOT si è reso promotore di una revisione unitamente ai clinici, ai chirurghi, ed agli immunogenetisti, al fine di valutare, alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche, la possibilità di miglioramento dei criteri di allocazione, per la ricerca della migliore compatibilità possibile tra donatore e ricevente.

Tali necessità sono dettate dalla consapevolezza

che i margini di miglioramento del sistema, sempre possibili ed anzi auspicabili non possono prescindere dall'impegno costante e continuo sul fronte della formazione permanente, oltre che di una informazione precisa ed aggiornata, di una sensibilizzazione sempre più elevata nei confronti della donazione, della verifica e revisione di linee guida e procedure, nonché l'adozione di indicatori specifici per la valutazione dell'attività, utili alla verifica degli risultati conseguiti, ai fini del raggiungimento degli elevati livelli di eccellenza che il complesso sistema della donazione e trapianto richiede. **TM**

## COORDINAMENTI LOCALI

# Il Coordinamento delle Attività di Donazione e Prelievo di Organi e Tessuti da cadavere nell'Area Vasta Sud-Est

**I**l Sistema OTT vede coinvolti a pieno titolo tutti i settori clinico-organizzativi coinvolti nel processo che inizia con il decesso di un paziente e si conclude con il trapianto di un cittadino in lista di attesa. Se è facilmente comprensibile come Tecnologia ed Alta specializzazione siano due elementi fondanti delle attività di Trapianto di organi e tessuti, non è scontato, anche tra i professionisti della sanità, essere consapevoli che gli stessi due elementi sono indispensabili per gestire un processo complesso come quello della Donazione e prelievo di organi e tessuti da cadavere.

Organi e tessuti disponibili per il trapianto devono avere caratteristiche di qualità tali da garantire la buona riuscita del trapianto sia in termini di funzione dell'organo e/o tessuto sia in termini di sicurezza per assenza di patologie trasmissibili al trapiantato. Risultati che si ottengono solo se e quando si portano a termine correttamente individuazione-valutazione-selezione-prelievo del donatore potenziale, attraverso un'attività clinica congiunta tra la struttura sanitaria dove è avvenuto il decesso, la Centrale Operativa Regionale CRAOT, i Laboratori di Area Vasta ed i centri Trapianto, tenendo presenti tempi e modalità equivalenti a quelli di un'urgenza clinica.

Tutte le attività, di cui sopra, che si svolgono nella struttura sanitaria dove è avvenuto il decesso sono coordinate dal Coordinamento Locale Donazioni che svolge queste funzioni per legge (L. 91 del '99). Il Coordinamento Locale è responsabile della gestione dell'intero processo, costituito da molte fasi cliniche ed organizzative in cui gli attori sono numerosi e diversi sia per qualifica che per disciplina: medici ed infermieri delle degenze, delle terapie Intensive, dei pronto soccorsi, dei servizi, degli Hospice, delle sale

operatorie che sono rappresentati da referenti nelle Reti Locali Donazione-Trapianto istituite dalla regione Toscana.

Nelle 24 ore, ogni deceduto segnalato al personale del Coordinamento locale viene valutato, attraverso lo studio anamnestico-strumentale delle cause di morte e delle patologie precedenti per escludere patologie generali o specifiche controindicanti l'utilizzo di organi e tessuti per il trapianto. Altrettanto necessario è gestire in tempi rapidi gli eventuali vincoli della magi-

struttura e le difficoltà logistiche ed organizzative che possono interrompere anche definitivamente il processo, rendendo

vano il lavoro fatto fino a quel punto. È un lavoro di squadra nel quale il coordinamento locale svolge funzioni di facilitazione delle varie attività. Sono determinanti le competenze tecniche di tutto il personale coinvolto così come la consapevolezza che ciascun operatore deve avere della complessità dell'intero processo e dei rischi che questo comporta.

Uno dei nodi principali delle attività di donazione di organi e tessuti è la volontà di donare del paziente espressa in vita o, nel caso questo non si fosse espresso, dei familiari in lutto. Tutto il processo di comunicazione tra i sanitari ed il paziente e la sua famiglia, fin dal momento del primo accesso alla struttura sanitaria, fino al momento della comunicazione del decesso, può e deve essere condotto secondo criteri di buona comunicazione affinché al momento della richiesta di donazione, fatta da personale formato, sia possibile dialogare in un clima di fiducia e comprensione.

Nell'Area Vasta Sud-Est sono attivi tutti i pro-



*Anna Nativi, Spec. in Anestesia e Rianimazione; Tossicologia Medica; Igiene e Medicina Preventiva. Diploma Transplant Procurement Management TPM 1997. Master Management Donazione Trapianto Scuola Sup Sant'Anna Pisa. Master Esperenziale Gestalt Counseling Roma. Medico Terapia Intensiva, poi di Direzione di Presidio; Organizzatore, docente Corsi Formazione Regione Toscana e Regione Piemonte. Coord. Loc. Donazioni Asl 9 GR. Coord. Area Vasta Sud-Est.*

**ANNA NATIVI**

*Coordinatore di Area Vasta Sud-Est Donazioni Organi e Tessuti OTT*

grammi sia di organi che di tessuti da cadavere; nell'anno 2012 negli ospedali dell'area sono state donate e prelevate 306 cornee di cui il 70% provenienti da donatori a cuore fermo, tra i quali è molto importante il numero di donatori individuati e segnalati dalla Struttura Hospice che negli ultimi anni ha agguanto qualità e motivazione al procurement toscano. I tessuti corneali prelevati ed inviati al centro di conservazione delle Cornee di Lucca vengono, dopo validazione di idoneità, trapiantati in tutti i Centri trapianto della Toscana.

Nel 2012 Il Procurement a cuore fermo di tessuti negli ospedali dell'Area Sud-Est ha selezionato 15 donatori effettivi dai quali sono stati prelevati segmenti di tessuto osseo inviato al Centro di Conservazione di Tessuto Osseo di Firenze e lembi di Tessuto Cutaneo inviato al Centro di conservazione della Cute; quest'ultimo centro, istituito ed operante presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, preleva e processa circa 400.000 cm<sup>2</sup> di cute omologa/anno che viene successivamente destinata al trapianto.

Nel 2012 i 10 reparti di terapia Intensiva e i 4

Coordinamenti Locali dell'Area vasta hanno segnalato 50 donatori potenziali a cuore battente, dei quali, dopo valutazione idoneità clinica, richiesta consenso, acquisizione eventuale nulla osta procura, 27 sono divenuti donatori effettivi grazie al lavoro delle sale operatorie; gli organi di 23 donatori sono stati trapiantati nei centri Trapianti Toscani.

L'Area Vasta Sud-Est vede quotidianamente impegnati nel processo donazione-trapianto Coordinamenti Locali della Donazione, Terapie Intensive, Laboratori di Area Vasta e Sale Operatorie delle 3 Aziende Usl e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Nel prossimo futuro L'Area Vasta sarà impegnata ad ottimizzare l'organizzazione del procurement, secondo le indicazioni regionali, al fine di superare criticità di "dispersione" della casistica tra i molti Presidi Ospedalieri dell'Area; altri obiettivi saranno: revisione della documentazione accreditata, attenzione al percorso della neuro lesione acuta, miglioramento del mantenimento dei donatori a cuore battente, formazione specifica degli operatori coinvolti, sensibilizzazione. **TM**

## COORDINAMENTI LOCALI

# Il coordinamento delle attività di donazione e prelievo di organi e tessuti da cadavere nell'Area Vasta Nord-Ovest



**Paolo Lopane**, laureato a PI nel 1986 si specializza in Anatomia Patologica nel 1990. Dopo un soggiorno di 5 anni al Centro Nazionale Tumori di Bratislava rientra in Italia come anatomo-patologo all'Osp. di LI. Si specializza in Oncologia e viene nominato Resp. dei programmi aziendali di screening oncologico. Dal 2004 è Resp. della U.O. di Medicina delle Donazioni e dal 2012 membro del Comitato Direttivo dell'Organizzazione Toscana Trapianti.

**L'**Area vasta Nord-Ovest all'interno del sistema in rete della Organizzazione Toscana Trapianti è un'area di importanza strategica per la presenza sul suo territorio di 6 centri prelievo corrispondenti alle cinque aziende sanitarie locali (Massa-Viareggio-Lucca-Pisa-Livorno) e all'azienda ospedaliero-universitaria di Pisa, di 16 reparti di terapia intensiva (con un totale di circa un centinaio di posti letto, 106 per l'esattezza), la maggioranza

dei quali è attiva nella segnalazione dei donatori a cuore battente, di quattro Centri Trapianto, di due Centri di Conservazione per i tessuti, dell'Archivio Biologico regionale e di 5 Laboratori coinvolti nel processo di valutazione dei potenziali donatori con funzioni di Area Vasta, ed alcuni con funzioni regionali. Nei cinque centri prelievo sono attivi i programmi di procurement dei donatori a cuore battente (organi e tessuti) e a cuore fermo (tessuti).

Con riferimento all'attività di procurement dei donatori a cuore battente, la presenza sul territorio di AV di Unità di Terapia Intensiva di riferimento per

le cerebro-lesioni (Pisa e Livorno) collocate all'interno di aziende che svolgono attività neurochirurgica e dotate di numerose valenze specialistiche, conferisce all'Area un alto potenziale donativo; nell'anno 2012 le terapie intensive delle aziende dell'area nord-ovest hanno, complessivamente, identificato e segnalato 72 casi di morte cerebrale che hanno generato 36 donatori i cui organi sono stati impiegati per trapianto.

Sicuramente ci sono margini di miglioramento nella identificazione dei potenziali donatori a cuore battente ma ogni terapia intensiva non ha mancato di dare il proprio contributo, anche le terapie intensive con un limitato numero di posti letto, in rapporto alle proprie potenzialità; ciò è in linea con il fatto che la Regione Toscana è la regione italiana con il più

alto tasso percentuale di segnalazione in rapporto alla popolazione (71% pmp). Il procurement del donatore d'organi è l'epifenomeno di un percorso

assistenziale corretto delle gravi cerebro-lesioni e risente in modo diretto dei molti fattori che condizionano l'attività dei reparti di terapia intensiva. Negli ultimi anni si è assistito comunque ad una progressiva sensibilizzazione del personale sanitario delle terapie intensive e del personale sanitario in genere, alle esigenze trapiantologiche e la morte cerebrale non viene

**PAOLO LOPANE**

*Coordinatore Area Vasta Nord Ovest  
Donazioni Organi e Tessuti OTT*

più considerata il termine o il fallimento del percorso assistenziale del paziente cerebroleso.

La nuova sfida per il sistema trapiantologico è rappresentata dal progressivo innalzamento dell'età media dei donatori, che se da un lato rappresenta il successo delle numerose strategie sociali per la prevenzione dei traumi cranici, dall'altra impone al sistema una continua ricerca di nuove metodologie di studio della funzionalità degli organi finalizzate a rendere sempre più efficiente la valutazione di idoneità al trapianto degli organi prelevati. Conseguenza diretta del nuovo profilo epidemiologico del paziente cerebroleso è la scarsa disponibilità di organi toracici.

In merito ai centri di conservazione attivi in area

vasta nord-ovest vorrei ricordare l'attività della Banca regionale dell'Occhio (Centro Perelli) che è operativa presso l'Azienda USL 2 di Lucca che lo scorso anno 2012 ha processato le cornee di 589 donatori, dei quali 239 provenienti dall'area vasta nord-ovest, ed ha reso possibile il trapianto di 562 cornee nei centri trapianto toscani (475 trapianti effettuati) ed extraregionali (87 trapianti effettuati). Nell'anno 2012 è stata introdotta con successo una nuova metodologia di preparazione dei lembi corneali, destinati al trapianto lamellare endoteliale (*Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty*), un metodo di trapianto corneale alternativo alla cheratoplastica tradizionale e che offre molti vantaggi per i pazienti.

TM

## COORDINAMENTI LOCALI

# Il coordinamento delle attività di donazione e prelievo di organi e tessuti da cadavere nell'Area Vasta Centro

**A**ll'attività della Area Vasta Centro, in materia di donazione e trapianto, concorrono le diverse strutture presenti nelle 4 Aziende sanitarie locali di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli, e nelle 2 Aziende ospedaliere universitarie di Careggi e del Meyer. In tutte è attivo un Coordinamento locale che è l'organismo deputato alla gestione dei programmi di prelievo a cuore battente e a cuore fermo. Essi consentono l'articolazione periferica della rete della Organizzazione Toscana Trapianti.

L'Azienda Universitaria di Careggi è quella di maggior importanza strategica perché ospita i laboratori che sono il riferimento dell'Area per la validazione dei donatori e la loro tipizzazione; ospita inoltre un Centro per i trapianti di rene, un Centro di conservazione di tessuto osseo e uno di sangue cordonale.

Proprio dalla fine del 2012 l'attività di prelievo della Banca del tessuto osseo ha potuto riprendere, anche se non a pieno regime, dopo uno sforzo per adeguarne personale e strutture. L'attività di distribuzione non era invece mai stata interrotta.

Molto importante è la presenza in Azienda Careggi del Centro di Regionale di Allocazione Organi e Tessuti (CRAOT) che coordina su tutto il territorio regionale il procurement e la successiva allocazione di quanto prelevato, interfacciando i centri prelievo, i centri trapianto, i laboratori e il sistema dei vettori che trasportano équipes, organi e campioni biologici. Il centro custodisce anche i fascicoli di tutti i processi effettuati, costituendo di fatto l'archivio dell'attività di tutta la Regione. Dallo scorso anno il CRAOT è stato adeguatamente potenziato per assolvere anche

alle funzioni di CIR, ovvero di coordinamento interregionale.

Grazie all'attenzione continua dei Coordinamenti locali all'ottimizzazione di percorsi di individuazione delle cerebrolesioni gravi acute, si è assistito al potenziamento della interazioni fra i reparti di emergenza e urgenza, le rianimazioni e le terapie intensive post-chirurgiche, le neurologie e le stroke unit. Questo ha portato anche in AV Centro, come nelle altre AAVV toscane, al raggiungimento di

ottimi valori di segnalazione e di utilizzo dei donatori segnalati.

Nel 2012 nella nostra Area sono stati segnalati 137 donatori, di cui 51 sono stati poi realmente utilizzati per il trapianto. Questo dato costituisce quasi la metà dell'intera attività di donazione toscana e vede protagoniste tutte le Aziende comprese, con considerevole omogeneità di prestazioni.

Tuttavia ci sono ancora margini di miglioramento soprattutto nelle realtà a maggior grado di complessità. Per far ciò è necessario un ulteriore sforzo in tema di rafforzamento dei Coordinamenti locali, di rinnovamento procedurale e di individuazione di indici di monitoraggio che siano più aderenti alle particolarità della realtà toscana.

Parlando infine di innovazione potrà in futuro essere possibile una attività di procurement di organi (reni) a cuore fermo, ancora in corso di studio.

TM



Sara Bagatti, nata nel 1956. Laureata in Medicina nel 1982. Specializzata in Anestesia e Rianimazione nel 1985. Master europeo di II livello in European Procurement and Transplantation programs management nel 2006. Certificazione nazionale dei Coordinatori alla Donazione e al Trapianto di organi e tessuti nel 2006. Lavora in TI a Prato dal 2006. Coord. Locale alla Donazione dal 2004. Coord. AV Centro dal 2012.

SARA BAGATTI

Coordinatore Area Vasta Centro Donazioni Organi e Tessuti OTT



**FUNZIONE MONITORAGGIO OTT**

# L'area organizzativa, di monitoraggio del processo, verifica dei risultati e Centro informativo regionale donazione e trapianto (CIRDT)

Annarosa Saviozzi è Coordinatore Infermieristico, alla Donazione e Prelievo di Organi e Tessuti nella Sez. int. di Medicina della Donazione dell'Ospedale Pisano. In quest'ambito contribuisce, tra l'altro, allo sviluppo delle attività organizzative specifiche dedicandosi, in particolare, alla stesura di protocolli operativi e alla informatizzazione dei settori cruciali per detta attività. Ha realizzato direttamente, su mandato regionale, e amministra il software per il Programma Regionale di Monitoraggio della Donazione di Organi e Tessuti. Responsabile dell'Area Organizzativa e Centro Informativo Regionale Donazione e Trapianto della Regione Toscana.

**L**a Regione Toscana, nel trascorso anno 2012, si è confermata leader in Italia con un tasso di donazione di organi pressoché doppio rispetto a quello medio nazionale: 71,9 donatori segnalati versus i 38,2 (per milione di popolazione) derivanti dalla media italiana.

Più in particolare è emerso che i risultati ottenuti, in termini donativi e di trapianto, hanno determinato importanti e positive ricadute sui cittadini iscritti nelle liste di attesa regionali in quanto i tempi di attesa per trapianto sono stati assai inferiori rispetto a quelli medi nazionali.

Anche sul fronte della donazione dei tessuti sono stati conseguiti buoni risultati con un numero di tessuti avviati ai Centri Conservazione e destinati al trapianto risultato pressoché stabile rispetto all'anno precedente.

Nonostante questi dati confortanti, la Regione Toscana non ha cessato di porsi obiettivi sempre più avanzati e di cercare soluzioni innovative al fine di ottenere un maggiore consolidamento organizzativo e quali-quantitativo.

Ciò detto, per sommi capi, per quanto concerne i risultati ultimi, si ritiene opportuna anche una breve disamina riguardo alle difficoltà che si incontrano nel muoversi all'interno del complesso viaggio che quotidianamente viene affrontato per far sì che un gesto di grande solidarietà e di altruismo, come la donazione di organi e tessuti, possa concretizzarsi in terapia chirurgica.

Queste difficoltà spiegano, in larga misura, le innovazioni apportate alla rete regionale anche

mediante l'istituzione dell'area organizzativa, di monitoraggio del processo, verifica dei risultati e centro informativo per la donazione e Trapianto.

Infatti, tenuto conto che le complessità del processo donativo sono rappresentate, per lo più, da problematiche a carattere organizzativo e di gestione delle scarse risorse disponibili, aver cercato di dare risposte a tali complesse tematiche solo cercando di forzare i contesti di sistema che potessero, in qualche modo, incidere direttamente sulla quantità degli eventi donativi, molto spesso, ha significato solo il dover prendere atto che sarebbe stato più opportuno affrontare i problemi con modalità operative ed organizzative che ne privilegiassero anche la qualità.

Le esperienze più recenti hanno dimostrato, inoltre, che il percorso donativo non è rappresentato, nella sua inte-

rezza, dalle fasi "classiche" come vengono comunemente descritte ma hanno un'estensione molto più ampia e soprattutto necessitano di logiche che si giovano di strumenti di gestione tipici dei sistemi complessi, vale a dire atti ad amministrare: *relazioni multiple, nodi ad alto livello di autoregolazione, grande cooperazione tra strutture, fini comuni, risultati condivisi e un forte coordinamento centrale e periferico.*

Organizzare, quindi, secondo lo schema classico che rappresenta il percorso della donazione "dalla individuazione del potenziale donatore al prelievo degli organi" ha condotto ad una stagnazione quantitativa di livello nazionale ed in particolare in quelle Regioni in cui l'impegno orientato alla innovazione e un approccio diverso al problema è stato, per vari motivi, minore.

Concentrare le energie del sistema e le risorse disponibili su singole fasi dell'articolato sistema

ANNAROSA SAVIOZZI

Responsabile dell'Area Organizzativa e Centro Informativo Regionale Donazione e Trapianto della Regione Toscana

della donazione/trapianto per cercare di favorirne l'analisi e scomporlo in singole attività scollegate dalla complessità del processo può determinare una disarticolazione organizzativa che allontana e confonde lo scenario in cui si svolge l'intero contesto.

Nella nostra Regione, con il riordino del sistema donazione/trapianti del maggio 2011 si è voluto, ammodernare il complesso mediante l'individuazione di funzioni che dessero nuova linfa per un'organizzazione snella ma al contempo specifica e che definisse ruoli e responsabilità tra gli operatori incaricati.

Tra queste nuove funzioni la predetta area organizzativa, di monitoraggio del processo, verifica dei risultati e centro informativo per la donazione e Trapianto (Del.N.6097 del 29/12/2011all.A) è stata istituita con la finalità di svolgere analisi epidemiologiche tese allo studio delle caratteristiche dei decessi nella popolazione dei potenziali donatori toscani e l'incidenza di queste sulla carenza o marginalità sostanziale negli organi eventualmente prelevabili ed utilizzabili a scopo di trapianto.

La funzione ha l'incarico di elaborare, inoltre, i dati di provenienza dalla rete regionale, per la trasmissione al livello nazionale e il calcolo di indicatori che sono basilari per la gestione del governo clinico e di prima importanza per la messa a punto delle strategie ed indirizzi di competenza del

coordinamento regionale. Sovrintende inoltre alla realizzazione della piattaforma modulare informatizzata della toscana (eGIT) che, interfacciata col sistema informativo nazionale trapianti (SIT) consente, tra l'altro, in tempo reale la visualizzazione, al complesso degli operatori, di tutte le fasi del processo della donazione di organi e tessuti, dalla segnalazione del potenziale donatore fino all'avvenuto trapianto.

La piattaforma di cui trattasi, che è stata recentemente completata e resa pienamente operativa, gestisce anche, in modo obiettivo e trasparente, le liste dei pazienti iscritti nei vari centri trapianto ed in attesa dell'intervento chirurgico.

L'istituzione della predetta area si è resa necessaria anche tenendo conto del fatto che per quanto concerne l'elaborazione e produzione di dati utili al governo clinico regionale e dovendo provvedere alla realizzazione di software specifici per la gestione delle varie attività era indispensabile mantenere l'unicità della fonte di erogazione e delle specifiche competenze, per evitare sovrapposizioni e disallineamenti.

Per il futuro è auspicabile un ulteriore rafforzamento della rete informatica che dovrà prevedere anche la gestione informatizzata dell'allocatione degli organi, dei Centri di Conservazione dei Tessuti e la stabilizzazione del programma regionale di monitoraggio del processo donativo. **TM**

## FUNZIONE QUALITÀ E SICUREZZA OTT

# Le attività per la qualità e sicurezza nell'Organizzazione Toscana Trapianti

**L'**Organizzazione Toscana Trapianti, fin dalle sue origini, può essere considerata un esempio di rete collaborativa regionale, in grado di gestire e condurre attività complesse come la donazione ed il trapianto di organi, tessuti e cellule. Tali attività possono coinvolgere fino a 100 professionisti altamente qualificati, appartenenti a numerose strutture ed a più aziende sanitarie ed

ospedaliere, che in tempo reale coordinano i propri sforzi per giungere ad un trapianto in modo tempestivo, sicuro ed efficace. I dati di performance di OTT sono sempre stati eccellenti nel benchmark con le altre Regioni italiane, con uno

**TOMMASO BELLANDI**  
*Responsabile Qualità e Sicurezza OTT*

storico primato sia sull'individuazione



*Tommaso Bellandi è dirigente sociologo presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, dove svolge attività di ricerca e sviluppo nel campo della qualità e sicurezza delle cure, dell'ergonomia e della comunicazione in sanità. Dal 2008 è responsabile della gestione del rischio clinico in OTT e dal 2011 responsabile della Qualità e Sicurezza. Insegna presso le Università di Firenze e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.*

zione dei pazienti in morte encefalica che sul numero di segnalazioni di potenziali donatori. Anche il numero di opposizioni alla donazione è stato quasi sempre ben al di sotto della media nazionale, così come il tempo di attesa nelle liste per trapianto d'organo dei centri toscani, a cui si aggiunge una generale capacità delle banche dei tessuti a garantire il fabbisogno regionale, seguendo lavorazioni di qualità certificata. L'attività sulle cellule staminali ematopoietiche è anch'essa di riferimento a livello nazionale, sia per i numeri che per la qualità clinica degli usi fatti di questa risorsa molto promettente sia per le patologie onco-ematologiche che vascolari. L'organizzazione di queste attività è una sfida altrettanto complessa, così come l'integrazione della qualità e sicurezza nel management di donazione e trapianto a tutti i livelli.

Nel recente passato la qualità è stata interpretata sia come valutazione della performance, che come accreditamento delle strutture che fanno parte della rete trapiantologica. Prendendo ispirazione dal modello spagnolo, riferimento mondiale per l'organizzazione della donazione di organi da cadavere, fin dalla sua istituzione nel 2004, l'OTT ha definito un programma di valutazione della qualità della donazione, che si basa su un registro dei decessi nosocomiali e sulla valutazione del potenziale di donazioni di ogni azienda sanitaria. È sulla base della performance che viene assegnata una quota del budget regionale per la donazione.

Negli anni successivi è stato poi avviato l'accreditamento delle strutture della rete trapiantologica, con un approccio fortemente orientato ad uniformare le procedure di donazione in tutte le aziende sanitarie. Venne definito un vero e proprio manuale di procedure OTT, corredato da istruzioni operative e schede di registrazione standardizzate per supportare gran parte dei compiti nella donazione di organi e tessuti. Sia la performance che le procedure vennero quindi sottoposti ad audit regionali a partire dal 2007, con la conduzione di verifiche sul campo da parte di un team composto sia da esperti di qualità e sicurezza, che da coordinatori locali e rianimatori.

L'integrazione della gestione del rischio clinico nel management di OTT è avvenuta formalmente a partire dal 2008, anche se già negli anni precedenti esisteva una collaborazione con il Centro Gestione Rischio Clinico per l'analisi di alcuni eventi sentinella e processi critici. Le attività per la sicurezza nella donazione hanno quindi affiancato le funzioni manageriali di valutazione della performance e accreditamento, supportando al contempo il CRAOT e le banche dei tessuti nella gestione operativa dei casi di evento avverso o near miss e nello sviluppo delle azioni di miglioramento. Per l'ambito trapiantologico, sono

state condotte una serie di iniziative a carattere tecnico-scientifico per esaminare e ridisegnare i percorsi assistenziali di trapianto, con la stretta collaborazione di tutti i centri coinvolti, che hanno dato luogo ad un programma di eventi formativi per condividere le esperienze dei centri e le evidenze mediche, chirurgiche e riabilitative connesse al trapianto di organi, tessuti e cellule. Inoltre, la Regione Toscana è stata capofila insieme alla Regione Piemonte ed al CNT del progetto nazionale "Il Sistema integrato di Gestione del Rischio nei Trapianti", finanziato dal Centro di Controllo delle Malattie del Ministero della Salute, in cui è stato realizzato e testato il registro degli eventi avversi nei trapianti, oggi operativo all'interno del Sistema Informativo dei Trapianti.

Attualmente, le linee di lavoro per la funzione della qualità e sicurezza di OTT, integrate a partire dal 2011, riguardano il ridisegno dei regolamenti regionali, l'integrazione dell'accreditamento e della valutazione della performance di OTT nelle attività istituzionali della Regione e delle aziende sanitarie, il rilancio di un programma di audit di tutte le strutture della rete trapiantologica.

Il ridisegno dei regolamenti OTT è già in corso, seguendo un metodo partecipativo si sta procedendo alla distinzione tra le attività di competenza aziendale e quelle strettamente regionali, tenendo conto della natura reticolare dei processi operativi e della necessità al contempo di armonizzare le pratiche di lavoro, offrendo un sistema di supporto ai professionisti snello e tempestivo, coerente con i sistemi informativi e con la logistica delle aziende sanitarie e di OTT.

L'accreditamento e la valutazione della performance sono giunti ad una fase di maturazione tale da rendere possibile l'avvicinamento del modello interno di OTT alle norme ed ai programmi regionali relativi all'interesse dei servizi sanitari. Già da tempo gli indicatori di base della donazione sono parte del sistema di valutazione della performance e dei requisiti di accreditamento istituzionale. Si tratta a questo punto di ampliare la portata di questa collaborazione per valorizzare al meglio l'esperienza di OTT ed impiegare anche gli esiti dei trapianti come indicatori generali della performance del sistema, visto che per giungere ad un trapianto efficace è necessario il buon funzionamento di ogni nodo e connessione della rete.

Infine, per favorire la revisione reciproca dei processi di donazione e trapianto, nonché la verifica dei risultati e l'adesione agli standard regionali, verrà rilanciata un'attività sistematica di audit, secondo uno spirito collaborativo e di scambio culturale tra professionisti.

TM



**Regione Toscana**

# L'INFLUENZA È ALLE PORTE. DIFENDITI COL VACCINO.

Anche quest'anno, durante il periodo autunnale il Servizio Sanitario della Toscana mette gratuitamente a disposizione delle persone con più di sessantacinque anni e di tutte quelle di qualsiasi età, con patologie a rischio, un vaccino antinfluenzale efficace e sicuro. In più, coloro che superano i sessantacinque anni, potranno usufruire, sempre gratuitamente, di due dosi di Vitamina D3, essenziale per prevenire l'osteoporosi.

Per difenderti dalle complicanze dell'influenza e per mantenerti in salute, parlane con il tuo medico che saprà consigliarti se e quando fare la vaccinazione e sull'opportunità di assumere, se occorre, la vitamina D3.

**Servizio Sanitario della Toscana**  
La salute prima di tutto.



# Speciale vaccinazione antinfluenzale

**L'influenza è ancora oggi la terza causa di morte per patologia infettiva, preceduta solo da AIDS e tubercolosi**

L'influenza stagionale colpisce ogni anno il 10-20% della popolazione mondiale. Le epidemie influenzali possono produrre un sostanziale impatto sanitario (malattie rilevanti, ospedalizzazione, decessi e impatto socio economico per assenze dal lavoro e riduzione di produttività).

Come è noto, l'influenza è una malattia infettiva acuta causata da virus influenzali A e B che posseggono la caratteristica peculiare di poter modificare i propri antigeni. Si determina così, la riduzione o l'annullamento dell'immunità precedentemente acquisita dalla popolazione. Questo meccanismo spiega l'andamento epidemiologico della malattia, caratterizzato dal susseguirsi di pandemie e di episodi interpandemici. Alta contagiosità, breve periodo d'incubazione, rendono conto del gran numero di ammalati che ogni anno si concentrano in un arco temporale limitato.

Ogni anno secondo le stime del Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC) in media circa 40.000 persone muoiono prematuramente a causa dell'influenza nell'Unione Europea. In Italia vengono colpiti da 6 a 9 milioni di soggetti causando circa 8000 morti, il doppio rispetto a quelli degli incidenti stradali: 1000 sono per polmoniti e 7000 per altre cause, l'84% riguarda persone di età > 65 anni specialmente con condizioni cliniche croniche di base.

Applicando l'incidenza ottenuta dal sistema Influenza alla popolazione toscana, si può stimare che il numero di casi di sindromi influenzali che si sono verificati nella stagione 2012/13, nella regione sono stati in totale 305.416 (Figura 1).

Per le caratteristiche del virus e delle dinamiche dell'infezione non è possibile eradicare l'influenza; quindi l'obiettivo primario delle istituzioni sanitarie nazionali e internazionali consiste nel limitare il carico di malattia, minimizzarne l'impatto e ridurre le complicanze.

**Figura 1** - Incidenza delle sindromi influenzali in Toscana, dalla stagione 2004/05 alla stagione 2012/13 (Fonte: Influenza - CIRI)

MAURO RUGGERI<sup>1</sup>, PAOLO BONANNI<sup>2</sup>,  
MARIA GRAZIA SANTINI<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Medico di Medicina Generale, Prato - Membro Commissione Vaccini Regione Toscana

<sup>2</sup> Ordinario d'Igiene Università di Firenze,

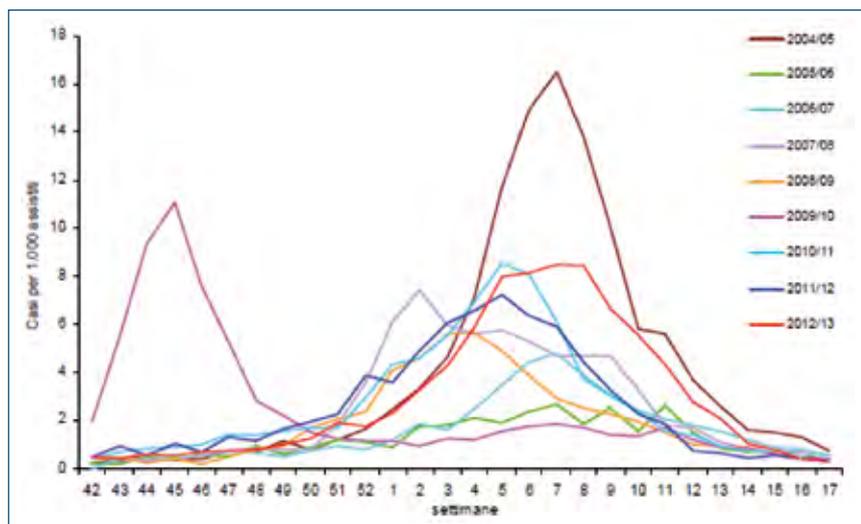
<sup>3</sup> Igiene e sanità pubblica Asl 10 Firenze

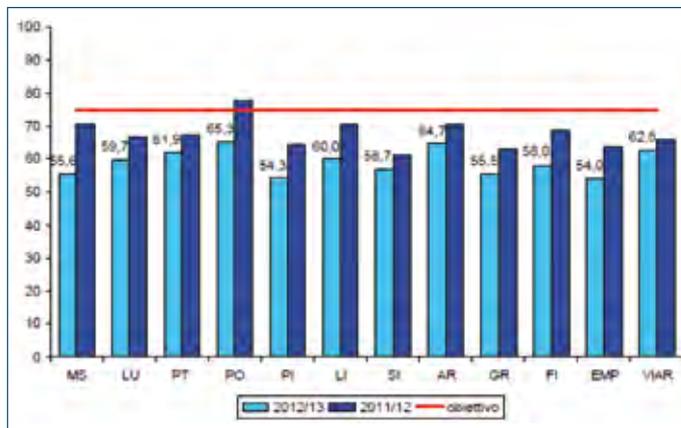
**I vaccini sono il più efficace degli interventi in campo medico mai inventati dall'uomo: "con l'eccezione dell'acqua potabile nessun altro strumento, neppure gli antibiotici, ha avuto un maggior effetto sulla riduzione della mortalità e la crescita della popolazione"**

Anche per l'influenza la vaccinazione è lo strumento più efficace per prevenire la malattia con le sue complicanze e per ridurre significativamente la mortalità correlata. La strategia vaccinale attuale non mira all'inter-

ruzione della trasmissione della malattia, bensì principalmente alla prevenzione delle complicanze cliniche e dei decessi nelle persone a rischio. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) stima che la vaccinazione antin-

fluenzale riduca la morbosità e la mortalità correlate all'influenza rispettivamente del 60% e sino all'80%. Nel 2003 l'OMS ha indicato ai paesi membri di attivare con urgenza politiche vaccinali in grado di produrre un incremento delle coperture per l'influenza in tutte le categorie target (persone ad alto rischio e soggetti anziani al di sopra dei 65 anni), raggiungendo come valore minimo accettabile il 50% nel 2006 e il 75% nel 2010. Il valore di copertura vaccinale ottimale è indicato, invece, nel 95%. Dal 2010 negli USA l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) raccomanda la vaccinazione antinfluenzale a tutta la popolazione a partire dai sei mesi di vita, con lo scopo di aumentare la copertura vaccinale, ridurre morbosità, mortalità e assenze lavorative. In Italia il Ministero della Salute raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone che hanno più di 65 anni o che appartengono a categorie





**Figura 2** - Coperture vaccinali nella popolazione ultra-64enne raggiunte nelle stagioni influenzali 2012-2013 e 2011-2012 nelle diverse Aziende USL della Toscana (Fonte: Settore Prevenzione e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro, alimenti e veterinaria - Regione Toscana).

di rischio cercando di raggiungere un livello ottimale di copertura del 95%. La vaccinazione antinfluenzale per gli ultrasessantacinquenni e per le categorie di rischio è inclusa nei Livelli essenziali di Assistenza (LEA) ed è offerta attivamente in tutto il Paese con notevole coinvolgimento dei medici di medicina generale, visto che quest'ultimi eseguono ogni anno la grande maggioranza delle vaccinazioni.

### Le coperture vaccinali sono in netta diminuzione

A partire dalla stagione 1999-2000, con l'applicazione della campagna di vaccinazione attiva e gratuita su tutto il territorio nazionale, le coperture vaccinali hanno mostrato un progressivo aumento per circa un decennio. Nelle ultime stagioni, soprattutto dopo la stagione pandemica 2009-10, si è assistito, invece, a una riduzione dei livelli di copertura per tutte le fasce di età e soggetti target. Nella passata stagione in Toscana hanno partecipato alla campagna vaccinale tutte le Aziende sanitarie toscane, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Sono state somministrate globalmente 677.875 dosi di vaccino, circa 156.000 in meno rispetto alla precedente stagione (834.050). La maggior parte delle vaccinazioni è stata effettuata in soggetti di età superiore a 64 anni, 515.168 pari al 58,9% delle dosi totali somministrate, 162.707 dosi in soggetti appartenenti alle categorie a rischio di età inferiore. La copertura vaccinale raggiunta nella popolazione generale è stata di 18,5%, inferiore rispetto al 22,2% della stagione 2011-2012. Anche in questa stagione, nonostante il marcato aumento osservato in Toscana negli ultimi anni (dal 36,0% del 1999-2000), non è stato raggiunto l'obiettivo di vaccinare il 75% degli anziani. Nessuna delle Aziende sanitarie toscane ha raggiunto nella stagione in esame la copertura minima prevista per gli ultra64enni (75%), viceversa si è osservata una riduzione dei livelli raggiunti nella stagione precedente (Figura 2).

### Nuove strategie

La percentuale dei vaccinati tra gli ultra-

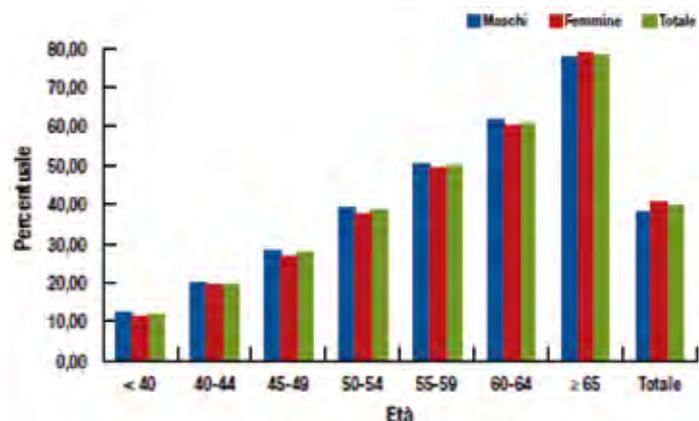
**Figura 3** - Pazienti con almeno una patologia cronica (Fonte Ruggeri et al. Prevalenza delle patologie croniche per le quali è raccomandata la vaccinazione antinfluenzale nella popolazione assistita dai medici di medicina generale in Italia). <http://www.healthsearch.it/>

sessantacinquenni è in calo, e non è conforme alla soglia minima auspicabile del 75%. Ciò nonostante, essa è comunque più elevata di quella che si registra nei soggetti a rischio di età inferiore a 65 anni. Uno dei problemi insoluti delle strategie di immunizzazione riguarda quindi la difficoltà di intercettare i soggetti a rischio, per i quali la vaccinazione è indicata indipendentemente dall'età. Un recente studio di Jiménez-García et al., relativo a un'esperienza spagnola, mostra che una strategia vaccinale basata sull'età, abbassando l'età per la vaccinazione raccomandata a 60 anni, produce un aumento della copertura vaccinale nella popolazione a maggior rischio. In realtà la percentuale di soggetti portatori di patologie croniche nella fascia d'età tra i 60 e i 64 anni è considerevole e significativa dal punto di vista clinico (Figura 3).

La stessa Circolare Ministeriale di quest'anno, sottolinea come numerosi studi farmaco-economici dimostrino la piena sostenibilità della vaccinazione anti-influenzale al di sopra dei 50 anni, che risulta invariabilmente costo efficace. Uno di essi (che coinvolge diversi Paesi) riporta addirittura che per l'Italia l'estensione di indicazione genererebbe un risparmio (cost-saving). In conseguenza di ciò, il Ministero della Salute auspica valutazioni specifiche in relazione al possibile abbassamento dell'età di raccomandazione della vaccinazione anti-influenzale per la stagione 2014-2015.

### Dare il buon esempio: quanto potrà risultare efficace la raccomandazione di un medico che non si vaccina?

Particolare impegno, anche quest'anno, è chiesto a tutti gli operatori sanitari che vaccinandosi possono proteggere non solo se stessi e i propri familiari ma anche i pazienti a rischio, soggetti con patologie gravi con i quali sono a contatto quotidianamente. Anche il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014, considerando le scarse coperture raggiunte tra gli operatori sanitari, sottolinea e ribadisce con forza l'importanza della vaccinazione in questa categoria di soggetti.



## Consiglio Sanitario Regionale

# Percorsi diagnostico-terapeutici per il diabete nell'adulto tra ospedale e territorio

## I livelli di assistenza e l'integrazione delle competenze

Il diabete (in particolare il diabete di tipo 2) una malattia ormai assai frequente nella popolazione, la cui prevalenza va aumentando progressivamente in ragione dell'invecchiamento e della diffusione di stili di vita favorevoli alla patologia. Di conseguenza, non è possibile affidarne interamente la cura a strutture specialistiche, che non avrebbero la capacità di assorbire le richieste dell'utenza. Al tempo stesso, il trattamento del diabete richiede, almeno in alcune fasi, competenze e strutture organizzative complesse, che non possono essere ragionevolmente costituite nell'ambito della medicina generale. Un'assistenza esclusivamente specialistica finirebbe con l'esclusione di fatto di molti pazienti dal processo di cura; un affidamento di tutto il percorso clinico alla medicina generale, senza l'opportuna consulenza specialistica, comporterebbe l'impossibilità di garantire a molti pazienti i livelli assistenziali appropriati per ciascuna fase della malattia. Di conseguenza, il quadro complessivo dell'assistenza al diabete deve essere disegnato prevedendo un'integrazione della medicina generale e delle strutture specialistiche, prevedendo tre livelli di cura:

- 1) I livello: medico di medicina generale.
- 2) II livello: Strutture Operative di Diabetologia.
- 3) III livello: Strutture Operative di Diabetologia con attività complesse.

L'attività diabetologia specialistica deve essere organizzata in modo unitario in ogni Azienda, con una struttura posta all'interno del Dipartimento Medico e dell'ospedale, con funzione di interfaccia fra ospedale e territorio e funzioni di consulenza/supporto ai reparti di degenza per i pazienti ricoverati affetti da diabete. Il Centro di Riferimento Regionale (CRR) si farà carico di proporre e sviluppare, in collaborazione con le strutture diabetologiche di secondo e terzo livello, linee-guida e protocolli di intervento comuni per garantire maggiore appropriatezza ed omogeneità di cura. Il presente documento intende essere un'integrazione ed evoluzione delle delibere n. 894/2008 e 108/2011 della Giunta Regionale Toscana, precisando meglio le modalità dell'organizzazione assistenziale al fine di ottenere una

migliore omogeneità di cura nell'ambito della Regione, facendo tesoro delle esperienze fatte sinora con il *Chronic Care Model*.

### L'ASSISTENZA DI PRIMO LIVELLO: LA MEDICINA GENERALE

L'assistenza di primo livello, fornita dai MMG, comprende:

1) lo screening delle popolazioni a rischio e la diagnosi di diabete;

2) la partecipazione all'educazione terapeutica per i pazienti diabetici, in cooperazione con le Associazioni dei pazienti (Paziente Esperto: DGR n. 1275 del 1/12/2003), podologi, dietisti, specialisti in scienze motorie, ove presenti sul territorio;

3) visite periodiche programmate dei pazienti con diabete di tipo 2 per la verifica del compenso metabolico, del controllo dei fattori di rischio associati e per lo screening delle complicanze anche attraverso percorsi organizzati concordati con le Strutture di Diabetologia I requisiti minimi per l'assistenza di primo livello sono:

- la compilazione regolare di cartelle cliniche, preferibilmente informatizzate, con l'indicazione della diagnosi di diabete;
- la capacità di programmare visite periodiche di controllo;
- la disponibilità di personale infermieristico appositamente formato per il supporto nell'educazione dei pazienti e nello screening delle complicanze.

### L'ASSISTENZA DI SECONDO LIVELLO: L'AMBULATORIO DIABETOLOGICO

L'assistenza di secondo livello, fornita da specialisti diabetologi, comprende:

1) l'inquadramento dei pazienti di nuova diagnosi, a giudizio del MMG, con la formulazione della diagnosi di tipo di diabete, l'impostazione della terapia, l'educazione terapeutica iniziale, la verifica dei fattori di rischio associati e lo screening delle complicanze eventualmente già presenti;

2) la consulenza su pazienti con diabete di tipo 2 non compensato, con l'impostazione della terapia;

3) la consulenza su pazienti con diabete di tipo 2 che sviluppano complicanze d'organo rilevanti,

con l'eventuale reimpostazione della terapia;

4) nei pazienti con diabete di tipo 2 che debbano iniziare una terapia insulinica, l'impostazione del trattamento e la relativa educazione terapeutica;

5) la gestione del Diabete Gestazionale;

6) la gestione dei pazienti con diabete di tipo 1, comprese le visite periodiche di controllo e lo screening delle complicanze;

7) il primo inquadramento delle lesioni al piede e la gestione della cura nei casi meno complessi;

8) approfondimento diagnostico del rischio cardiovascolare complessivo delle persone con diabete;

9) consulenza, terapia educativa e supporto clinico terapeutico per i pazienti diabetici ricoverati e/o afferenti al DEA-PS (DGR 447 del luglio 2007);

10) compilazione dei piani terapeutici per i farmaci a prescrizione specialistica;

11) certificazioni per patente ed altre certificazioni specialistiche di legge;

12) organizzazione dei percorsi specifici per la stadiazione delle complicanze e per lo screening delle stesse, fruibili da parte della Medicina Generale;

13) possibilità di collegamento con l'Area Tecnico Scientifica "Diabete e Trapianti", individuata nell'ambito della OTT con specifica delibera GR n. 821/2012.

I requisiti minimi per l'assistenza di secondo livello sono:

- la presenza di uno specialista diabetologo;
- la disponibilità di personale infermieristico specificamente formato;
- la disponibilità di personale dietistico specificamente formato;
- la disponibilità strutturale di uno spazio idoneo per medicazioni ambulatoriali di lesioni al piede, con le relative dotazioni;
- la disponibilità di rete di collegamento diretto con specialisti di altre branche;
- la compilazione regolare di cartelle cliniche;
- disponibilità di un canale telefonico dedicato alle comunicazioni con la medicina generale.

Nelle attività educative, la Struttura Operativa di Diabetologia dovrà coordinarsi con le risorse fornite dalle Associazioni di volontariato, se disponibili. Ove possibile, costituiscono criteri di eccellenza in queste strutture:

- la disponibilità di cartelle cliniche informatizzate;
- la presenza di un podologo dedicato, che partecipi attivamente all'educazione del paziente per la prevenzione primaria e secondaria delle lesioni al piede ed alla cura del piede con lesioni in atto.

## L'ASSISTENZA SPECIALISTICA DI TERZO LIVELLO: LE STRUTTURE SPECIALISTICHE COMPLESSE

L'assistenza di terzo livello prevista su cinque aree:

1) piede diabetico: gestione clinica delle lesioni di maggior rischio e complessità;

2) tecnologie Avanzate (impianto ed educazione all'uso dei microinfusori, sensori glicemici);

3) complicanze croniche: nefropatia (impostazione della terapia dietetica e farmacologica nel paziente nefropatico, Holter pressorio, ecografia specialistica), neuropatia (definizione diagnostica di precisione ed impostazione del trattamento), retinopatia (supporto nello screening, inquadramento e impostazione del trattamento);

4) programmazione e gestione della gravidanza nel diabete pregravidico;

5) obesità grave: inquadramento diagnostico, programma terapeutico per il controllo del peso ed eventuale indirizzo alla Chirurgia bariatrica.

Le funzioni di terzo livello non sono necessariamente concentrate in una sola struttura; in altri termini, una struttura specialistica può svolgere solo una o alcune delle cinque funzioni sopra indicate, senza necessariamente associarle alle funzioni di secondo livello.

È inoltre caratteristica delle strutture di terzo livello quella di ricevere i pazienti dal II livello, e di rinviarli al secondo livello una volta completato l'inquadramento o il trattamento della situazione che ha determinato l'invio (senza, cioè, *follow-up* continuo).

Le funzioni di terzo livello devono essere garantite ciascuna in almeno una struttura per ogni Area Vasta, e comunque tenendo conto della dimensione prevista dell'utenza e dell'estensione del territorio, ed organizzate in una logica di rete.

Le strutture di terzo livello si faranno carico di sviluppare ed aggiornare protocolli clinico-terapeutico-assistenziali specifici per ogni tipologia di attività, in collaborazione con il Centro Regionale di Riferimento.

### LE STRUTTURE DI TERZO LIVELLO: IL PIEDE DIABETICO

Per questa parte, si rimanda al documento specifico sull'organizzazione della cura per il piede diabetico, a completamento ed integrazione della DGR n. 1304 del 9 dicembre 2003.

### LE STRUTTURE DI TERZO LIVELLO: TECNOLOGIE AVANZATE

Le strutture specialistiche di II livello possono inviare alla struttura di terzo livello per il microinfusore i pazienti che:

- non raggiungono o mantengono un controllo adeguato con la terapia multiiniettiva;

- hanno frequenti ipoglicemie;
- praticano attività sportiva intensa;
- sono in gravidanza o ne stanno programmando una.

Le strutture di III livello devono inoltre essere in grado di applicare/prescrivere i sensori per il monitoraggio continuo della glicemia, sia in associazione all'uso del microinfusore, sia quando necessario per chiarire particolari casi di instabilità glicemica.

I compiti di una struttura di terzo livello sulle tecnologie avanzate sono:

1) verificare l'opportunità della prescrizione del microinfusore/sensore e la disponibilità del paziente;

2) effettuare l'educazione in profondità all'uso del microinfusore / sensore, compresa la gestione delle dosi di insulina in relazione ai pasti;

3) impostare il trattamento insulinico con il microinfusore.

Completato tale processo, il paziente dovrà essere rinviato alle strutture specialistiche di secondo livello per il *follow-up*.

I requisiti minimi per la struttura di III livello sul microinfusore sono:

- presenza di almeno uno specialista diabetologo esperto;
- disponibilità di personale infermieristico specificamente formato;
- disponibilità di un dietista specificamente formato;
- adozione di un programma strutturato formativo/educativo per i pazienti, con documentazione delle attività svolte.

### **LE STRUTTURE DI TERZO LIVELLO: LE COMPLICANZE CRONICHE**

Le strutture specialistiche di II livello possono inviare alla struttura di terzo livello per le complicanze croniche i pazienti nei quali insorga:

- macroalbuminuria o insufficienza renale di grado rilevante;
- neuropatia somatica sintomatica grave, pregresse ulcere al piede a carattere prevalentemente o esclusivamente neuropatico, sintomi suggestivi di neuropatia autonoma, sincope;
- retinopatia diabetica proliferante o edema maculare diabetico di nuova diagnosi.

Nella struttura di terzo livello si inquadra il paziente, si rivede tutta la terapia farmacologica, si impostano eventuali interventi dietetici o farmacologici per la nefropatia, la neuropatia o la retinopatia. Inoltre, si effettua una accurata verifica del rischio cardiovascolare complessivo, impostando i trattamenti opportuni per ciascun caso. Terminata tale impostazione, il paziente viene rinviato alla struttura di II livello per il *follow-up*.

Relativamente alla retinopatia, la struttura di III livello può fornire supporto allo screening attraverso l'impiego nelle strutture associate di Medicina Generale di retinografi non midriatici (ove presenti), le cui immagini vengano inviate telematicamente per la lettura alla struttura di III livello per la retinopatia. In questa sede, il diabetologo provvederà a visionare le immagini ed a certificare l'eventuale assenza di lesioni. In caso di presenza di alterazioni, lo stesso diabetologo provvede ad organizzare per il paziente un appuntamento presso la struttura specialistica oculistica, per un approfondimento, inviandone comunicazione al medico di medicina generale.

Il supporto alle strutture di II livello per i casi complessi di retinopatia consiste nell'inquadramento del paziente e nell'organizzazione del percorso terapeutico, in collaborazione con la struttura specialistica oculistica. I requisiti minimi per la struttura di III livello per le complicanze croniche sono:

- organizzazione di ambulatori congiunti con specialista nefrologo e specialista diabetologo;
- disponibilità di personali dietetici specificamente formati per la gestione dei pazienti nefropatici;
- disponibilità di diagnostica per la neuropatia somatica (biotesiometria e/o esame neuroelettrico) ed autonoma (test del protocollo di Ewing e/o analisi spettrale dell'Holter ECG e/o *tilt table test*); accesso a consulenza neurologica ed elettrofisiologica specialistica.
- accesso diretto ad ambulatori specialistici oculistici e disponibilità, nella struttura oculistica associata, di fotocoagulazione argonlaser, ambulatori specifici per trattamenti iniettivi intrabulbari e chirurgia (vitrectomia).

Ove possibile, costituiscono criteri di eccellenza in queste strutture:

- disponibilità di cartelle cliniche informatizzate;
- la presenza di un podologo dedicato, che partecipi attivamente all'educazione del paziente per la prevenzione primaria e secondaria delle lesioni al piede nel paziente con neuropatia;
- disponibilità di un retinografo non midriatico;
- certificazione per la lettura di retinografie, limitatamente alla normalità.

### **LE STRUTTURE DI TERZO LIVELLO: GRAVIDANZA NEL DIABETE PREGRAVIDICO**

La programmazione della gravidanza nella donna diabetica è un momento di particolare importanza in quanto determinante per la buona conduzione della gravidanza stessa, la salute del feto e il normale espletamento del parto. Per tali motivi è necessario che sia disponibile una équipe

multiprofessionale coordinata in grado di gestire tutti gli strumenti, sia diagnostici che terapeutici necessari all'ottimizzazione del compenso glicemico ed alla valutazione del rischio in relazione alle eventuali complicanze d'organo presenti. Inoltre deve garantire il controllo durante la gravidanza e la consulenza al momento del parto.

### LE STRUTTURE DI TERZO LIVELLO: L'OBESITÀ GRAVE

Le strutture di II livello possono inviare alla struttura di III livello per l'obesità grave i pazienti con diabete associato ad indice di massa corporea superiore a 40 kg/m<sup>2</sup>. La struttura di III livello provvede a:

- inquadramento diagnostico, comprese eventuali patologie endocrine e disturbi del comportamento alimentare;
- inquadramento terapeutico, con adeguati programmi educativi specifici per l'obesità;
- eventuale invio alla chirurgia bariatrica, per i pazienti refrattari al trattamento medico.

Terminato il processo, il paziente viene inviato alla struttura di provenienza. I requisiti minimi per la struttura di III livello sull'obesità grave sono:

- presenza di uno specialista esperto del settore;
- disponibilità di personale dietistico dedicato;
- disponibilità di consulenza psicologica e/o psichiatrica;
- disponibilità di programmi educativi strutturati per il trattamento dell'obesità;
- collegamento diretto con strutture chirurgiche dedicate alla chirurgia bariatrica;
- disponibilità di materiali adeguati a gestire la grande obesità in ambito ambulatoriale: bilancia pesapersone fino a 180 kg, bracciale per sfigmomanometro di taglia larga, sedie e lettini adeguati ai pazienti con obesità grave.

### IL PERCORSO DEL PAZIENTE CON DIABETE: UN MODELLO INTEGRATO

#### Il paziente con diabete di tipo 2

Il percorso del paziente con diabete di tipo 2 dovrebbe prevedere l'intervento coordinato della Medicina Generale e delle Strutture Operative di Diabetologia, secondo il seguente schema (Vedi Fig. 1):

1) Il medico di medicina generale provvede allo screening della popolazione a rischio ed alla diagnosi di diabete.

2) Il paziente di nuova diagnosi viene inviato, a giudizio del medico generale, alla Struttura Operativa di Diabetologia, che procede a:

- a. diagnosi di precisione del tipo di diabete;
- b. screening iniziale delle complicanze;

c. impostazione della terapia;

d. educazione all'alimentazione ed all'esercizio fisico.

Esaurita questa serie di attività, il paziente viene rinviato al medico di medicina generale che ne ha la responsabilità continuativa.

3) Il medico di medicina generale, con il supporto delle altre figure professionali sanitarie disponibili sul territorio, provvede al *follow-up* periodico per:

- a. verifica grado di compenso metabolico e controllo dei fattori di rischio associati;
- b. screening periodico delle complicanze;
- c. interfaccia con lo specialista diabetologo, attraverso strumenti di comunicazione diretta, per la risoluzione di problematiche specifiche e per il supporto al trattamento dei pazienti pi complessi.

4) Il medico di medicina generale invia il paziente alla Struttura Operativa di diabetologia in casi selezionati, quali:

- a. cattivo compenso metabolico;
- b. ulcera al piede o sospetta ischemia critica delle estremità;
- c. complicanze d'organo di nuova insorgenza (retinopatia proliferante o con edema maculare, neuropatia sintomatica, nefropatia con proteinuria e/o riduzione GFR < 60 ml/min, sindrome coronarica acuta, stroke (vasculopatia in uno o più distretti: periferico, coronarico, cerebrale).
- d. programmazione gravidanza in donna diabetica di tipo 2.

In questi casi, la Struttura Operativa di Diabetologia gestisce il paziente fino alla risoluzione del quadro o alla sua stabilizzazione e poi rinvia il paziente al medico di medicina generale per il successivo *follow-up*.

5) Qualora siano presenti complicanze specifiche di entità rilevante o altre condizioni concomitanti, la Struttura Operativa di Diabetologia provvederà ad inviare il paziente alla struttura diabetologica di terzo livello (vedi sopra), per le misure del caso.

6) Il medico di medicina generale di norma richiede la consulenza della Struttura specialistica nei casi in cui ritenga opportuno o necessario iniziare una terapia insulinica. In questo caso, la struttura specialistica provvederà ad impostare la terapia e fornire la necessaria educazione terapeutica.

7) Qualora il paziente debba essere sottoposto a trattamento insulinico multiinieiettivo (*basal bolus*), il medico di medicina generale potrà affidare alla Struttura Operativa di Diabetologia il *follow-up* del paziente, comprese le visite periodiche per il *follow-up* metabolico, il controllo dei fattori di rischio associati e lo screening delle complicanze.

### **Il paziente adulto con diabete di tipo 1**

Il percorso del paziente diabetico di tipo 1 dovrebbe prevedere, dopo la diagnosi di precisione, l'inquadramento della terapia e l'educazione in profondità, da effettuare a cura della Struttura Operativa di Diabetologia. Il paziente con diabete di tipo 1, in terapia multiiniettiva o con microinfusore, sarà seguito periodicamente dalle Strutture Operative di Diabetologia per la verifica del compenso metabolico, il controllo dei fattori di rischio e lo screening delle complicanze. La Struttura Operativa di Diabetologia dovrà comunque fornire informazioni al medico di medicina generale sull'andamento clinico del caso, ed il medico di medicina generale dovrà partecipare al processo attraverso rinforzi educativi.

Nei pazienti non adeguatamente controllati con la terapia multiiniettiva, si dovrà prendere in considerazione l'impiego del microinfusore. In questo caso, il paziente verrà inviato (per l'impostazione e l'educazione) ad una apposita struttura di terzo livello, tornando poi alla struttura di secondo livello per il *follow-up*.

Per eventuali complicanze rilevanti, il paziente dovrà essere inviato (per inquadramento ed impostazione dell'eventuale trattamento) alla struttura di terzo livello, tornando poi alla struttura di secondo livello per il *follow-up*.

### **Altre forme di diabete**

Le forme monogeniche di diabete (MODY) e le forme di diabete secondario, pur rappresentando nel loro complesso una proporzione non irrilevante di tutti i casi di diabete (almeno il 10-15%), sono clinicamente molto eterogenee e quindi difficili da inquadrare in una sola casistica. Per queste forme, si potrà procedere come nel diabete di tipo 1 oppure come nel diabete di tipo 2, a seconda dei casi.

### **GLI INDICATORI E IL MONITORAGGIO DEL SISTEMA**

Si distinguono indicatori generali, volti a misurare l'efficienza dell'intero sistema, ed indicatori specifici per professionista e per struttura sanitaria coinvolta nel modello. Gli indicatori generali sono indicatori di esito, mentre quelli specifici sono prevalentemente indicatori di processo.

#### **Indicatori generali**

Quali indicatori generali, capaci di misurare l'efficienza dell'intero sistema, si propongono i seguenti:

- 1) mortalità da tutte le cause attribuibile al diabete (rispetto alla popolazione generale di pari età e sesso nella stessa area geografica);
- 2) eccesso di ricoveri per eventi cardiovascolari

maggiori (infarto, angina instabile, altre forme di sindrome coronarica acuta, stroke) rispetto alla popolazione generale di pari età e sesso nella stessa area geografica;

3) eccesso di rischio di dialisi o trapianto renale (rispetto alla popolazione generale di pari età e sesso nella stessa area geografica).

4) Incidenza di amputazioni maggiori e minori agli arti inferiori (sul totale dei diabetici residenti).

#### **Indicatori per il primo livello di assistenza**

*Indicatori organizzativi e di processo:*

- percentuale dei pazienti diabetici di nuova diagnosi inviati alla struttura di II livello per inquadramento.
- percentuale dei pazienti diabetici con fondo oculare/retinografia negli ultimi 12 mesi.
- percentuale dei pazienti diabetici con creatinina e microalbuminuria negli ultimi 12 mesi.
- percentuale dei pazienti diabetici con quadro lipidico negli ultimi 12 mesi.
- percentuale dei pazienti diabetici non compensati (vedi oltre) per oltre 6 mesi e non inviati alla struttura di II livello.

*Indicatori di risultato:*

- percentuale pazienti a target ( $HbA1c < 53$  nei pazienti fino a 70 anni,  $< 64$  mmol/mol nei pazienti ultrasessantenni);
- soddisfazione dei pazienti.

Le percentuali previste sopra saranno definite a livello regionale d'intesa con i professionisti interessati.

#### **Indicatori per il secondo livello di assistenza (per il diabete di tipo 2)**

*Indicatori organizzativi e di processo:*

- percentuale dei pazienti con accesso "urgente" entro 3 giorni dal primo contatto;
- percentuale dei pazienti con accesso ordinario entro 30 giorni dal primo contatto;
- percentuale dei pazienti inviati per inadeguato compenso che dopo aver raggiunto gli obiettivi terapeutici (vedi sopra) non vengono rinviati al curante;
- percentuale dei pazienti che iniziano una terapia insulinica nei quali si effettua una istruzione certificata sull'ipoglicemia;
- percentuale dei pazienti che ricevono educazione strutturata.

*Indicatori di risultato:*

- percentuale pazienti inviati per scarso compenso che nei successivi 6 mesi raggiungono il target ( $HbA1c < 53$  nei pazienti fino a 70 anni,  $< 64$  mmol/mol nei pazienti ultrasessantenni);
- soddisfazione dei pazienti.

### Monitoraggio

Il monitoraggio del sistema, oltre che dalla rilevazione degli indicatori sopra elencati, affidato alla raccolta sistematica delle segnalazioni che pervengono agli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) delle singole Aziende, al Difensore Civico ed alle Associazioni dei pazienti. Queste ultime, se disponibili, parteciperanno anche alla rilevazione sistematica della soddisfazione dei pazienti che afferiscono a strutture di primo, secondo o terzo livello, in modo che tali rilevazioni possano essere effettuate senza alcuna partecipazione diretta del personale che eroga le prestazioni oggetto di verifica.

In aggiunta a ciò, il Centro Regionale di Riferimento (CRR) avrà funzioni di coordinamento e di indirizzo sul piano culturale anche al fine della doverosa omogeneizzazione dell'assistenza su tutto il territorio regionale e proporrà iniziative per il miglioramento della qualità dell'assistenza la formazione degli operatori e la sicurezza del paziente.

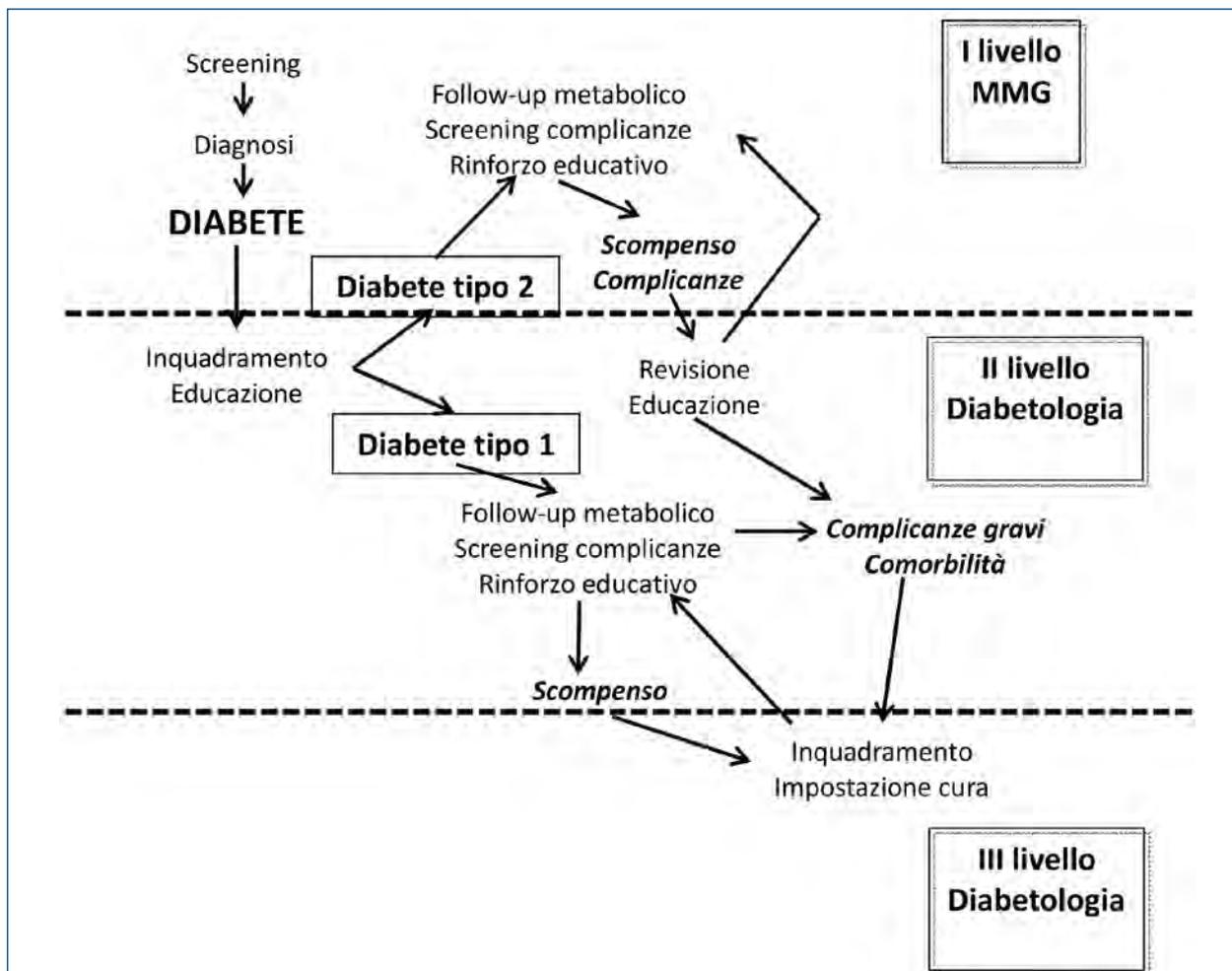
### Formazione

Devono essere attivate ad ogni livello operativo le opportune iniziative formative per il personale coinvolto e per i pazienti esperti, in particolare in modo coordinato con le iniziative formative previste per l'Expande Chronic Care Model. Si raccomanda inoltre lo studio di percorsi formativi sul diabete sia pre-laurea che nelle specializzazione e nella formazione complementare in Medicina Generale.

### I sistemi informativi

Per un buon funzionamento del sistema, necessario che esista un efficace scambio di informazioni tra tutti i professionisti e le strutture coinvolte nel percorso assistenziale. A questo riguardo, fortemente raccomandabile il ricorso a modalità informatiche per la trasmissione dei dati clinici del singolo paziente tra le varie strutture coinvolte nel percorso, nel rispetto delle attuali normative sulla privacy.

### SCHEMA GENERALE DEL PERCORSO TERAPEUTICO





Rosina Giudicissi, laureata nel 2012 a FI. Frequenta fin dagli ultimi anni di medicina alcuni reparti chirurgici di Careggi, partecipando ad attività di elezione e di PS; ha presentato una tesi sull'inquadramento del trauma epatico a Careggi ed ha partecipato al convegno di "Trauma update"; è in attesa di partecipazione al concorso di ammissione alle scuole di specializzazione in chirurgia.

# Il trauma epatico a Careggi

**L**a presenza di trauma epatico (HT) con lesione epatica severa (III- VI grado, vedi Tabella 1) richiede un suo rapido riconoscimento, un adeguato inquadramento clinico e una tempestiva scelta del trattamento in quanto il rischio di morbilità e mortalità sono molto elevati, dipendendo soprattutto dallo shock emorragico e dalla eventuale

presenza di lesioni in altri distretti.

I progressi in campo diagnostico e rianimatorio hanno consentito una sensibile diminuzione della mortalità correlata a HT e in particolar modo hanno messo in evidenza come risultati ottimali possano essere raggiunti solo in presenza di un team specialistico multidisciplinare.

## Trattamento conservativo

I modelli di trattamento per HT sono cambiati nel corso degli anni, in particolare si è accresciuta l'indicazione ad un approccio terapeutico conservativo, il cosiddetto **NOM** (Non Operative Management); è stato infatti osservato da numerosi studi che il NOM è associato a minor tasso di morbilità e mortalità. Nell'ambito del NOM si sono delineate quindi delle specifiche linee guida

che hanno portato alla creazione della "**Damage Control Resuscitation**" (DCR), da svolgere tipicamente in ambito intensivo, che mira a ristabilire l'equilibrio emodinamico del paziente, a ridurre le complicanze e a prevenire l'evoluzione verso la triade mortale: ipotermia- acidosi- coagulopatia.

Tra i progressi diagnostici alla base di questo approccio terapeutico, il principale è stato senz'altro la disponibilità, nelle strutture di pronto soccorso, di tomografia spirale (TC) di ultima generazione anche con la possibilità di ottenere ricostruzioni tridimensionali del parenchima epatico in tempi brevissimi.

Il NOM consiste in una terapia medica rianimatoria fluidica ed emostasiologica "aggressiva" iniziale con monitoraggio del paziente e successiva ap-

plicazione di tecniche non chirurgiche quali ad esempio:

- angiembolizzazione, attraverso la quale si ottiene il controllo del sanguinamento attivo della struttura interessata;
- colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP), con la quale è possibile procedere all'applicazione di stent endobiliari per limitare *leakage biliare*;
- interventzionistica radiologica, per ottenere l'eventuale drenaggio di raccolte biliari o miste, post-traumatiche.

ROSINA GIUDICISSI<sup>1</sup>, MANUELA BONIZZOLI<sup>2</sup>,  
VALENTINA ANICHINI<sup>2</sup>, STEFANO GRIFONI<sup>3</sup>,  
ALESSANDRO GALLI<sup>1</sup>, ADRIANO PERIS<sup>2</sup>,  
CLAUDIO FUCINI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SOD Chirurgia Generale e d'Urgenza 3

<sup>2</sup> Terapia Intensiva di Emergenza

<sup>3</sup> SOD Pronto Soccorso

DAI DEA e Medicina e Chirurgia Generali e di Urgenza

Tabella 1 - Classificazione dall'American Association for the Surgery of Trauma

Grado	Tipo di lesione
I	Ematoma sottocapsulare < 10 % della superficie. Frattura capsulare non emorragica < 1cm di profondità.
II	Ematoma sottocapsulare 10-50% della superficie, profondità > 2 cm di diametro o espansivo. Frattura parenchimatosa da 1 a 3 cm di profondità, <10 cm di lunghezza.
III	Ematoma: - sottocapsulare rotto ed emorragico, o > 50% della superficie o espansivo; - intraparenchimale > 2 cm di diametro o espansivo. Frattura parenchimatosa > 3cm di profondità.
IV	Ematoma parenchimale rotto. Frattura parenchimale dal 25% al 75% di un lobo.
V	Frattura parenchimale > 75% monolobare. Lesione vena cava retro epatica o vena sovraepatica centrale.
VI	Avulsione epatica.

### Trattamento chirurgico

Il trattamento chirurgico interessa quei pazienti la cui presentazione clinica è caratterizzata da emodinamica gravemente instabile all'ingresso e/o da presenza di lesioni associate di altri organi.

Fortunatamente la maggior parte di HT non è di entità severa e sono sufficienti tecniche operative relativamente semplici, quali cauterizzazione, agenti topici emostatici e suture parenchimali; questo tipo di ferite comprendono dal 70% all'80% dei traumi epatici; il restante 20-30% della traumatologia epatica è rappresentato da lesioni epatiche di grado elevato che richiedono procedure chirurgiche maggiori fino alla resezione epatica.

Negli ultimi anni è andato sempre di più a delinearsi un approccio chirurgico che segue le regole della “**Damage Control Surgery**” (DCS), in particolar modo nei pazienti che si presentano con grave instabilità emodinamica attraverso DCS vengono seguite fondamentalmente tre fasi:

1) chirurgia per ottenere l'arresto del sanguinamento optando per una chiusura addominale temporanea ed eventuale impiego della *vacuum-therapy* per la prevenzione e controllo della contaminazione;

2) stabilizzazione del paziente in terapia intensiva;

3) reintervento per chirurgia definitiva.

Nella DCS la tecnica chirurgica più utilizzata

è senz'altro il *packing* epatico che consiste nella creazione di una compressione sul parenchima epatico attraverso la formazione di un volume costituito da garze laparotomiche (*packing* appunto), a scopo emostatico; successivamente viene programmato un reintervento per la rimozione delle garze entro 24-48 ore (in alcuni casi anche 72 ore) monitorizzando aggressivamente parametri biochimici di flogosi e infezione.

### Presentazione della nostra casistica

Abbiamo raccolto la casistica clinica del periodo gennaio 2008-dicembre 2012 relativa a 68 pazienti ricoverati con vari gradi di lesioni epatiche presso la SOD Chirurgia Generale e d'Urgenza 3, il Pronto Soccorso e la Terapia Intensiva di Emergenza (Tabella 2).

I nostri dati sono in linea con quanto descritto nella più recente letteratura relativa al contesto occidentale, con particolare riferimento alla prevalenza del sesso maschile, all'età media e alla tipologia del trauma (trauma chiuso/penetrante) come eziologia percentualmente più importante (Tabella 3).

Il NOM è risultato essere il trattamento prevalente nel 63% dei casi ed è stato applicato in terapia intensiva e in terapia subintensiva nei casi di maggior gravità e in degenza ordinaria nei casi più semplici; nel 12% dei casi si sono associate terapie non chirurgiche come l'angioplastica.

**Tabella 2** - Caratteristiche generali della popolazione trattata

Età media	40 (16-90)
M/F	50/18 (74/26%)
Chiuso/aperto	64/4 (95/5%)
<b>Causa</b>	
- incidente stradale	58 (85%)
- altro (cadute; lavoro..)	10 (15%)
<b>Trattamento</b>	
- conservativo	43 (63%)
- chirurgico	25 (37%)

**Tabella 3**

<b>Traumi epatici</b>	<b>68</b>
<b>Trattamento</b>	
Conservativo	43 (63%)
- Embolizzazione arteriosa epatica	5 (12%)
Chirurgico	25 (37%)
- <i>packing</i>	6 (24%)
<b>Degenza</b>	
Terapia intensiva	35 (52%)
Terapia subintensiva	9 (13%)
Reparto chirurgico	14 (21%)
Reparto medico	7 (10%)
Reparto chirurgico specialistico (Ortopedia e Neurochirurgia)	3 (4%)
<b>Mortalità</b>	<b>6 (9%)</b>

Il trattamento chirurgico è stato attuato nel 37% dei pazienti effettuando sia tecniche ormai consolidate, come ad esempio la resezione anatomica regolata, la resezione "a la demande", l'epatorrafia etc., sia attraverso le nuove tecniche di DCS con l'esecuzione di *packing* epatico; spesso il trattamento chirurgico è stato eseguito per presenza di lesioni associate, eseguendo le relative manovre chirurgiche.

La morbilità e la mortalità osservate in questa casistica sono in linea con quanto riportato dalla letteratura: si sono osservate in particolari casi di emorragie post operatorie, in alcuni casi trattate angiograficamente (5 casi), in altri casi con reintervento chirurgico (1 caso); la mortalità osservata è stata, in un caso <1 ora dall'intervento, in altri casi (5 casi) più tardiva e legata spesso alla presenza di altre lesioni critiche e, ancora più tardivamente (>15 giorni) a infezioni associate.

### Conclusioni

HT, pur essendo una situazione clinica di non frequente presentazione, riveste un grande interesse nell'attuale gestione delle risorse, perché molto spesso si tratta di casi di assoluta emergenza in cui è necessario intervenire in maniera com-

petente e decisiva.

Nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi si attua un percorso *fast-track* di inquadramento generale del trauma epatico con iniziale presa in carico del paziente all'interno del pronto soccorso.

Il NOM è stato applicato con risultati favorevoli nella maggioranza dei pazienti (43 casi). Tra i pazienti sottoposti a trattamento chirurgico, si sono eseguite prevalentemente tecniche chirurgiche di bassa complessità; una percentuale minore di pazienti, con maggior gravità delle lesioni epatiche e con eventuale presenza di lesioni associate, ha richiesto terapie di complessità molto maggiore dal punto di vista intensivologico.

La disponibilità 24 ore su 24 di competenze diagnostiche e terapeutiche, come ad esempio TC spirale, Radiologia Interventistica, Angiografia, Endoscopia e di personale di chirurgia generale e specialistica assicurano un approccio multidisciplinare essenziale in tale complessa situazione clinica.

### Bibliografia

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

TM

### ERRATA CORRIGE

In riferimento all'articolo del dr. Stefano Giovannoni "Inquadramento del rischio di fratture", pubblicato a pag. 20 del numero 9 di Ottobre 2013 di Toscana Medica si precisa che il testo era stato precedentemente pubblicato sul n. 3 Giugno 2011 della Rivista della Società Italiana di Medicina Generale. La qualifica esatta del Stefano Giovannoni: Prof. a contratto dell'Università di Firenze. Centro per l'Alta Formazione e Ricerca Translazionale in Medicina Generale. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Medico di medicina generale, convenzionato con Asl 4, Prato. Specialista in Reumatologia c/o l'Università di Roma. Coordinatore didattico Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, Regione Toscana.

### ORDINE DI FIRENZE

#### E-mail:

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

#### Orario di apertura al pubblico:

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

#### Rilascio certificati di iscrizione:

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

#### Tassa annuale di iscrizione:

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

#### Cambio di indirizzo:

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

#### Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

#### Consulenze e informazioni:

CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI sito Internet dell'Ordine  
 AMMI - e-mail: [ammifirenze@virgilio.it](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)



Flavia Tubili, laureata in Medicina e Chirurgia all'Università "La Sapienza" di Roma, collabora attualmente con il Centro di Allergologia dell'AOU Meyer e si occupa prevalentemente di Dermatite Atopica e Cheratoconguntivite Vernal.

# Severa ipoalbuminemia in un lattante trattato con un'inappropriata dieta ipocalorica

**I**l caso seguente descrive la comparsa di una severa ipoalbuminemia dovuta ad una dieta esclusiva con latte di riso, somministrato per la presenza di un eczema che si ipotizzava dovuto ad un'allergia alimentare.

Riportiamo un caso di vero Kwashiorkor in un bambino allattato esclusivamente al seno, che ha manifestato un eczema atopico all'età di 4 mesi. L'eczema è stato trattato con antibiotici, steroidi topici e brevi cicli di steroidi per os. La madre, non essendo però soddisfatta dei risultati ottenuti con il pediatra, ha consultato un sedicente "naturopata", che ha prescritto una dieta fortemente ristretta.

All'età di 6 mesi, la dieta giornaliera del bambino consisteva in latte di riso, frutta, riso, pollo e brodo vegetale. Dopo circa 2 mesi di questa dieta, il bambino ha iniziato a rifiutare il cibo, in particolare il cibo solido, e a soffrire di disfonia e disfagia

dovute al manifestarsi di edema laringeo.

A causa di ciò, il bambino è stato messo a dieta con solo latte di riso. Successivamente, il bambino ha iniziato a manifestare edema al dorso dei piedi, alle gambe e alle estremità superiori del corpo, accompagnato da una concomitante riduzione della diuresi. Presentava inoltre episodi di vomito in assenza di segni di reflusso gastroesofageo. È stato quindi deciso il ricovero presso la terapia medica dell'Ospedale Meyer: all'ingresso il bambino si presentava in condizioni cliniche mediocri con edema generalizzato (Figure 1) e diuresi ridotta. Pesava 7.600 Kg.

Questi i risultati degli esami ematici: proteine totali 3 g/dl; albumina 1.365 g/dl (45.5%); IgE sieriche totali 30 KUA/L; IgE sieriche specifiche: latte 0.64 KUA/L; albume 1.74 KUA/L, calcemia 7.3 mg/L. Non era presente proteinuria.

Il bambino inoltre risultava anemico con valori

FLAVIA TUBILI, STEFANO PANTANO, IVAN MATTEI,  
DESY BUTTI, CLAUDIA ANGELUCCI,  
MARIA ELISABETTA ROSSI  
SOD di Allergologia, AOU "A. Meyer", Firenze



Figura 1

di emoglobina di 5.7 g/dl. Pertanto è stato posizionato un CVC, ed effettuata una trasfusione di GR concentrati e un trattamento con 4 g di albumina EV per 3 volte in 48 ore; inoltre si è iniziato a somministrare ferro e acido folico per os. Sono stati somministrati anche supplementi di Vitamina K a causa di una coagulopatia (tempo di troboplastina parziale attivata: 31"; tempo di protrombina 69%; fibrinogeno 139 mg/dl; antitrombina III: 65%).

Dopo pochi giorni, la diuresi è incrementata e il peso è inizialmente sceso. L'eczema è migliorato e il prurito era meno evidente grazie ai trattamenti topici il bambino ha iniziato ad alimentarsi con latte di mucca, che ha tollerato bene e l'edema si è gradualmente risolto.

Gli esami ematici effettuati il decimo giorno hanno mostrato una normalizzazione delle proteine totali, dell'albumina e dei test della coagulazione.

Nel *follow-up*, i test cutanei sono risultati negativi per latte e uovo.

A causa della lunga durata di bassi livelli ematici di calcio (7.3 mg/L), il bambino ha sviluppato una demineralizzazione dentaria, persistente alle visite di *follow-up* fino a 2 anni di età.

Questo caso evidenzia il potenziale pericolo

delle diete di eliminazione inappropriate in bambini con DA, e illustra la necessità di una attenta guida nutrizionale nella gestione di tale patologia. L'uso del latte di riso ha infatti comportato ipoalbuminemia e scarso aumento di peso.

L'eczema è una malattia infiammatoria cronica e recidivante della pelle, tra le più comuni nell'infanzia, che colpisce fino al 17% dei bambini (1), e che raramente può essere gestita con i soli cambiamenti dietetici.

Studi precedenti descrivono casi analoghi, mostrando che le alternative al latte vaccino, come il latte di riso non sono una fonte di proteine sufficiente quando impiegate come alimento esclusivo.

Questo caso sottolinea quindi il concetto che le diete ipoallergeniche dovrebbero essere gestite da allergologi con esperienza in allergie alimentari, in aggiunta a counseling nutrizionale. Inoltre la scelta di una dieta di eliminazione deve essere limitata ai bambini con eczema da moderato a grave, non controllata da steroidi per uso topico, e sotto stretta sorveglianza nutrizionale.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [n.pucci@meyer.it](mailto:n.pucci@meyer.it)

TM

## CORSI E CONGRESSI

### MASTER IN MEDICINA TROPICALE E SALUTE GLOBALE

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. 2013/2014 il Master interuniversitario di I livello in Medicina Tropicale e Salute Globale.

**Descrizione:** Il master si propone di sviluppare competenze preparando professionisti in grado di essere a conoscenza delle problematiche specifiche relative alla gestione della salute in Paesi a limitate risorse (aspetti organizzativi, risorse umane, finanziarie e tecnologiche) e relative alle patologie prevalenti; di possedere gli strumenti per un corretto approccio alle principali patologie di importazione da Paesi Tropicali sia nei turisti che negli immigrati; di conoscere le finalità, l'organizzazione e le attività delle Istituzioni che operano per la promozione della salute nei Paesi a limitate risorse e di pianificare miglioramenti sostenibili dei sistemi sanitari nel rispetto delle possibili differenze di natura culturale e delle responsabilità etiche e sociali. **CFU:** 60

**Coordinatore del master:** Prof. Alessandro Bartoloni, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Clinica Malattie Infettive. **Sedi del Corso:** Azienda Ospedaliera 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 3 febbraio 2014. **Scadenza presentazione domanda d'ammissione:** 30 novembre 2013. **Quota di iscrizione:** 2.800 €. **Per informazione ed iscrizione** consultare il sito <https://ammissioni.polobiotec.unifi.it/turul/> oppure rivolgersi all'indirizzo e-mail: [bartoloni@unifi.it](mailto:bartoloni@unifi.it) oppure contattare il n. 055.7949431.

### PSICONCOLOGIA: ADESTRAMENTO A RUOLI PROFESSIONALI DIFFICILI - II EDIZIONE

Il corso mira a fornire gli strumenti teorici e pratici per l'acquisizione di competenze professionali nel contesto della relazione di cura in ambito oncologico. Si svolgerà nel secondo semestre dell'anno accademico 2013/2014 (dal 7 febbraio 2014 al 13 giugno 2014), a venerdì alterni per un numero complessivo di dieci incontri. L'iscrizione è aperta a figure professionali diverse, nell'ottica di un approccio multidisciplinare.

Per maggiori informazioni consultare il bando del sito [www.unifi.it](http://www.unifi.it) (seguendo il percorso Studenti > Offerta informativa > Corsi di perfezionamento 2013/2014).

### NATIONAL EARLY WARNING SCORE

Il Consiglio Sanitario Regionale in collaborazione con il Formas ha prodotto e messo in rete il corso di formazione a distanza dedicato all'apprendimento dell'uso del "National Early Warning Score" (N.E.W.S.). Il NEWS è il più avanzato sistema di rilevazione standard delle condizioni cliniche in qualunque circostanza, di utilizzo obbligatorio nel Regno Unito. Il corso, che prevede l'assegnazione di crediti ECM, è accessibile dalla piattaforma Formas: [www.formas.toscana.it](http://www.formas.toscana.it) - Per ulteriori informazioni e per ricevere il codice di accesso si prega di scrivere al seguente indirizzo: [csrlineguida@regione.toscana.it](mailto:csrlineguida@regione.toscana.it)

# La mortalità della popolazione straniera in Toscana



Antonino Sala, laureato in Medicina e Chirurgia nel 2009 presso l'Università degli Studi di Firenze. Dal 2010 medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva. In questo momento svolge un tirocinio formativo presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Asl 10 - Firenze.

**I**l fenomeno immigrazione è complesso e, per sua natura, in continua evoluzione. Assume caratteristiche territoriali diverse in relazione ai Paesi di provenienza e alle caratteristiche degli immigrati che vengono inseriti nelle attività produttive o del terziario delle aree di accoglienza.

In Italia è un fenomeno in espansione, particolarmente dalla prima metà degli anni 2000, in seguito alla sanatoria sulle regolarizzazioni per la legge Bossi Fini del luglio 2002 e al successivo allargamento dei Paesi dell'Unione Europea. Un incremento consistente della popolazione residente immigrata si è verificato anche in Toscana come nel resto dell'Italia, gli ultimi dati ISTAT mostrano che nel 2010 il numero di immigrati residenti nella nostra regione era pari a 338.746 uni-

tà, e cioè più che triplicati rispetto a quelli presenti alla fine del 1998. Gli immigrati residenti in Toscana non rappresentano più un fenomeno residuale, e sono ormai una componente strutturale dell'economia toscana: il 16% degli assicurati INAIL tra i lavoratori toscani sono

stranieri residenti nella nostra regione.

Il 90% degli immigrati proviene da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM), e sono in larga misura giovani (il 51% ha tra i 18 e i 39

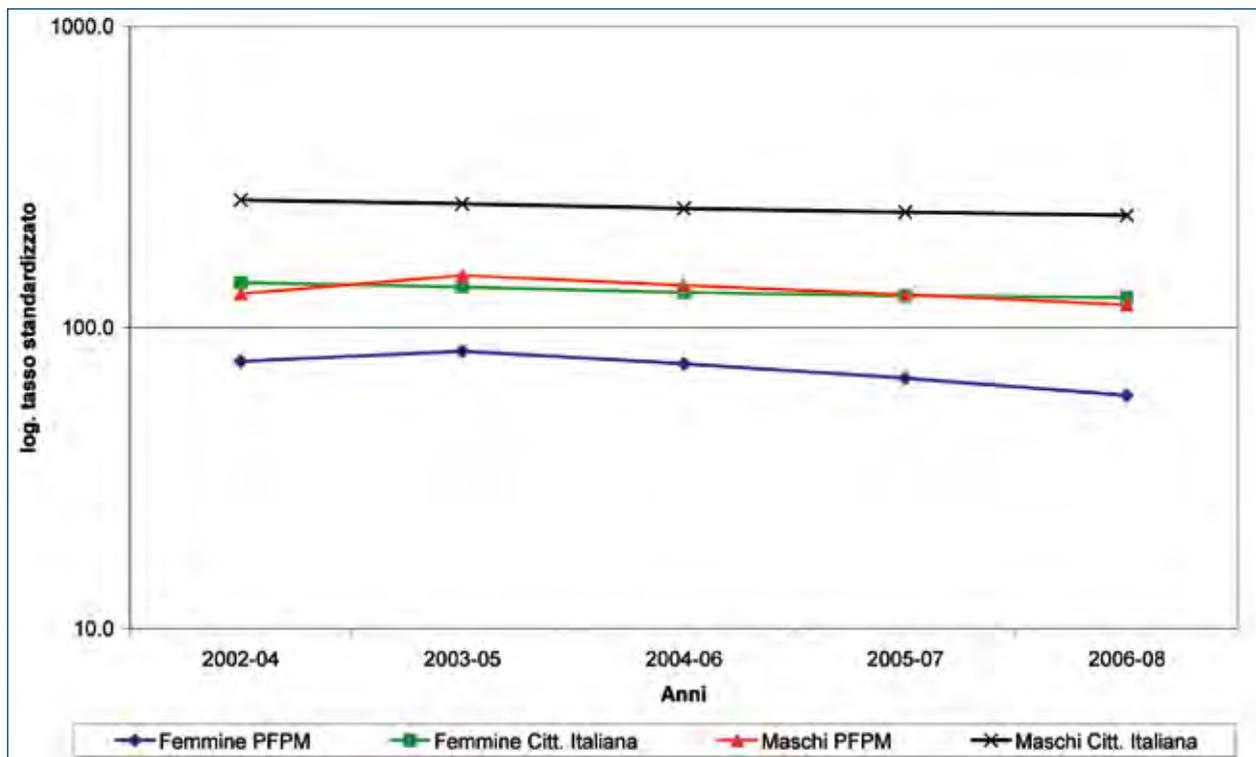
anni). Le donne sono poco più della metà. I minori sono circa il 22% e molti di loro sono nati in Italia.

Data la numerosità degli immigrati residenti e la disponibilità in Toscana, tramite il Registro di Mortalità Regionale gestito da ISPO per conto della Regione Toscana, di dati puntuali sulla mortali-

ANTONINO SALA<sup>1</sup>, ANDREA MARTINI<sup>2</sup>,  
ELISABETTA CHELLINI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Firenze

<sup>2</sup> SC Epidemiologia Ambientale Occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze



**Figura 1** - Andamento delle medie mobili dei tassi standardizzati troncati 20-64 anni per 100.000 (standard: pop. Europea) di mortalità su scala logaritmica per tutte le cause e sesso in Toscana (cittadini residenti PFPM e italiani), nel 2002-2008

tà tra i residenti ormai dal 1987, abbiamo esaminato e confrontato la mortalità 1997-2008 della popolazione immigrata rispetto a quella autoctona.

Trattandosi di una popolazione di prima immigrazione, la mortalità è risultata migliore di quella della popolazione del paese ospitante (Figura 1) nonostante il fatto che molti immigrati provengano da paesi con sistemi sanitari peggiori e abbiano in genere un livello socio-economico più basso. Si tratta questo di un fenomeno atteso poiché è noto che vi sono tre fenomeni che tendono a mitigare la mortalità negli immigrati:

- il cosiddetto “effetto migrante sano” secondo il quale chi emigra non è un rappresentante medio del paese da cui proviene, ma gode di diversi vantaggi, tra cui uno stato di salute migliore rispetto a quello dei suoi connazionali che sono rimasti nel paese di origine, ed è proprio questo fattore a selezionarlo per l'emigrazione.

- il secondo è denominato “effetto salmone” poiché evoca il comportamento dei salmoni che tornano nel luogo da cui sono partiti per depositare le uova allo scopo di morire; analogamente gli immigrati tornano nei Paesi di origine più frequentemente se le loro condizioni di salute peggiorano;

- il terzo è legato al ritorno al Paese di origine per problemi di “salute” intesa in senso ampio, cioè non solo di quegli immigrati che si ammalano ma anche di quelli che non riescono ad integrarsi socialmente ed economicamente nel Paese ospitante.

Nel periodo 1997-2008 si sono registrati 3.055 decessi in stranieri residenti in Toscana di cui

1.782 (58,3%) provenienti da PFPM. Anche in Toscana la mortalità nei residenti immigrati dai Paesi a forte pressione migratoria, sia per tutte le cause che per i tumori e le malattie del sistema circolatorio, risulta più bassa rispetto a quella dei cittadini italiani residenti, e la differenza sembra aumentare negli ultimi anni, a fronte comunque di una riduzione progressiva dei tassi di mortalità in entrambe le popolazioni. Gli eventi accidentali rappresentano la prima causa di morte negli immigrati maschi, ed è più frequente anche nelle donne immigrate rispetto alle italiane.

La mortalità infantile degli immigrati in Toscana risulta invece più elevata di quella dei bambini italiani, ad indicare una condizione di disagio socio-economico presente in questa popolazione, e la differenza pare aumentare.

Nei prossimi anni ci attendiamo che gli immigrati residenti siano ancor più integrati e siano in grado di meglio usufruire del servizio sanitario italiano e di conseguenza si riducano sia la mortalità per cause accidentali sia la mortalità infantile che dovrebbero avvicinarsi ai valori osservate per i cittadini italiani.

Occorrerà per questo continuare a monitorare la mortalità di questa popolazione anche per valutare indirettamente la sua integrazione nella nostra società. Nei prossimi anni tra l'altro le nostre osservazioni potranno basarsi su un numero maggiore di eventi mortali visto che il flusso migratorio ancora non accenna ad arrestarsi, nonostante la crisi economica del nostro Paese. **TM**

## Medicina legale

Toscana Medica 10/13



Mario Graev, già Ordinario di Medicina Legale e delle Assicurazioni nella Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università di Firenze.

# Il referto medico nell'infortunio e nelle malattie professionali

**I**l dr. Giuseppe Petrioli nell'articolo apparso su Toscana Medica n. 1 gennaio 2013 su: “Gli Infortuni e le Malattie Professionali” offre lo spunto per trattare l'argomento dal punto di vista medico-legale, considerato che si affronta l'importanza del referto nel particolare settore assi-

curativo.

Ricordo che ai sanitari, di fronte ad un infortunio che comporti un'inabilità temporanea superiore ai 40 giorni (che in termini penali vuol dire stato di malattia della medesima durata) oppure ricorra l'aggravante biologica del pericolo per la vita o dell'indebo-

MARIO GRAEV

Già Ordinario di Medicina Legale e delle Assicurazioni nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze

limento permanente (delitto di lesione personale grave (artt. 583-590 c.p.), si impone l'obbligo di redigere il referto. Anche di fronte ad un delitto di lesione personale colposa gravissima (artt. 583-590 c.p.) quando negli infortuni o nelle malattie professionali ricorra una malattia certamente o probabilmente insanabile (ad esempio silicosi, asbestosi, e molte altre), la perdita di un senso o dell'uso di un organo, la perdita di un arto o una mutilazione che renda l'arto inservibile, la perdita della capacità di procreare, la difficoltà grave e permanente della favella, la deformazione o lo sfregio permanente del viso si impone l'obbligo del referto.

Ne risulta che sussista l'obbligo del referto, quando i delitti di lesione personale colposa grave o gravissima siano connessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale. Per la legge 24/11/1981 n. 609 relativa all'igiene del lavoro si è giunti a considerare la lesione colposa nei suoi tre gradi, semplice, grave e gravissima non più delitto perseguibile di ufficio, ma a querela della parte con l'unica eccezione che se si tratta di infortuni sul lavoro o di malattie professionali si impone invece l'obbligo del referto.

Il medico attento deve conoscere gli artt. 590-583 c.p. e deve quasi improvvisarsi giurista, altrimenti non saprebbe quando deve redigere il referto da inoltrare alla Autorità Giudiziaria o meglio al Pubblico Ministero o a qualsiasi ufficiale di Polizia Giudiziaria del luogo, oppure in loro mancanza all'Ufficiale di Polizia Giudiziaria più vicino.

Si ricorda che per l'art. 365<sup>1</sup> c.p. il medico quando presta la propria opera ed assistenza in casi che possono presentare i requisiti di un delitto perseguibile di ufficio ha l'obbligo di redigere il referto.

L'anatomopatologo, che nell'eseguire una necropsia, rileva un quadro di silicosi polmonare ha l'obbligo di redigere il referto e se pubblico ufficiale il rapporto, come pure un istologo se rileva un nodulo sclero-ialino polmonare di natura silicifica ha l'obbligo del referto e del rapporto.

Il referto non va redatto solo quando l'infortunio del lavoro determina una malattia della durata inferiore ai 40 giorni che, dal punto di vista penale configura delitto di lesione personale colposa semplice.

Il referto va redatto in ogni malattia professionale sia in caso di quelle tabellate che in caso di malattie non tabellate in quanto non sussiste malattia professionale che non contenga un aggravante biologica del delitto di lesione personale colposa grave o gravissima di cui abbiamo fatto riferimento.

Giova ricordare che il referto va redatto non solo nei delitti perseguibili di ufficio, ma anche nel sospetto di un delitto perseguibile di ufficio!

Il dr. Petrioli pone anche il problema come il referto non vada redatto quando la lesione determini una malattia non superiore ai 40 giorni, ma se, in un successivo controllo clinico, si rileva ad esempio che un esame radiografico abbia posto in evidenza una frattura o si sia verificata una complicazione in questa circostanza (ossia in quel giorno) allora deve essere redatto il referto.

Sono d'accordo con il dr. Petrioli come il referto rappresenti una difesa dei veri diritti dei lavoratori dei quali esistono leggi e provvedimenti adeguati a fini sociali.

E il medico è sulla frontiera ad operare con giustizia e deve conoscere il particolare settore dell'infortunio e delle malattie professionali anche sotto il profilo medico legale per la redazione del referto.

A pensarci bene la questione diventa semplice in quanto nel particolare settore assicurativo INAIL il referto non va redatto solo quando lo stato di malattia abbia una durata inferiore a 40 giorni ossia – mi ripeto, di fronte ad un delitto di lesione personale colposa semplice.

Il referto va redatto non solo nel delitto di lesione personale colposa grave e gravissima, ma va redatto anche quando si tratta di infortunio mortale che ai sensi dell'art 589 del c.p. è "l'omicidio colposo".

Il dr. Giuseppe Petrioli ritiene pertanto molto utile una collaborazione attenta da parte dei medici nella conoscenza dell'argomento. Il referto meriterebbe una trattazione più completa, ma qui ci riferiamo solo al settore dell'infortunio e delle malattie professionali, ma non possiamo dimenticare che l'obbligo del referto spetta a tutti i medici che esercitano un servizio di pubblica necessità (art. 359 c.p.), ai medici incaricati di un pubblico servizio (art. 359 c.p.), ai medici pubblici ufficiali (art. 367 c.p.) anzi per queste ultime due categorie non sussiste l'obbligo del referto, ma addirittura del rapporto medico.

Il medico ha 48 ore per consegnare il referto, ma deve provvedere immediatamente di fronte ad un soggetto assicurato leso che versi in pericolo di vita o addirittura sia venuto a morte.

Per maggiori dettagli si rimanda ad un mio antico articolo nel referto medico scritto su Toscana Medica molti anni fa o ad un articolo più recente della dr.ssa Lucia Malavolti, Primario Medico Legale di Villa Fiorita di Firenze, ma soprattutto consultando il "Trattato su Istituzioni di Medicina Legale di Clemente Puccini Editore Casa Editrice Ambrosiana 1999".

TM

<sup>1</sup> Art. 365 CP "Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere di Ufficio, omette o ritarda di riferire all'autorità indicata nell'art. 361 è punito con la multa fino a lire un milione".



Maria José Caldes, medico specialista in Sanità Pubblica, dottore di ricerca in medicina di comunità. Dal 2007 è la responsabile delle attività di cooperazione sanitaria della Regione Toscana. Attualmente dirige il Centro Regionale di Salute Globale.

# Cooperazione sanitaria internazionale.

## BRICS vs G7

**Q**uest'anno gli studenti alla maturità, alla prima prova, come tema di argomento storico si sono trovati – con grande sorpresa, non solo degli studenti, ma anche degli insegnanti – davanti a questa traccia: “In economia l'internazionale acronimo BRICS indica oggi i seguenti Paesi considerati in una fase significativa del loro sviluppo economico: Brasile, Russia, India, Cina e Sudafrica. Premesse le profonde differenze intercorrenti tra le storie di ciascuno di tali Paesi, il candidato illustri gli aspetti più rilevanti della vicenda politica di due di essi nel corso del ventesimo secolo”.

L'acronimo è nato nel 2001 in una relazione della banca d'investimento Goldman Sachs la quale spiegava che i primi quattro paesi (BRIC) avrebbero dominato l'economia mondiale nel prossimo mezzo secolo. La relazione suggeriva che le economie dei paesi BRIC sarebbero cresciute rapidamente, rendendo il loro PIL nel 2050 paragonabile a quello dei paesi del G7 (Stati Uniti d'America, Canada, Giappone, Regno Unito, Germania, Francia, e Italia). Dal 2006 i 4 paesi si incontrano con meeting annuali formali, dal 2010 è stato associato il Sudafrica, aggiungendo così una S al BRIC.

I BRICS condividono una situazione economica in via di sviluppo, una grande popolazione (Russia e Brasile centinaia di milioni di abitanti, Cina e India circa due miliardi e mezzo di abitanti), un immenso territorio, abbondanti risorse naturali strategiche e, cosa più importante, sono stati caratterizzati da una forte crescita del PIL e della quota nel commercio mondiale, soprattutto nella fase iniziale del XXI se-

colo (Figura 1). Nel 2012, il gruppo BRICS ha fatto registrare un incremento del Pil del 5,8%, nettamente superiore alla media mondiale del 3,5%, a quella europea dell'1,2% e all'1,6% degli Usa. C'è anche da dire che sul dato generale ha influito la crisi economica che ha colpito il Brasile, cresciuto solo dello 0,9%, e che ha rallentato la performance dei Brics, il cui Pil nel 2011 era cresciuto del 7,7%.

Tranne la Russia, i BRICS erano tradizionalmente destinatari di aiuti internazionali, anche in campo sanitario. Ma la situazione sta cambiando: mentre, a causa della crisi, la spesa di USA e dei paesi europei per interventi di cooperazione internazionale si sta riducendo, stanno entrando in questo campo i BRICS, che hanno in programma l'istituzione di una loro banca multilaterale per lo sviluppo. Nel giugno 2011 i ministri della sanità dei 5 paesi si sono incontrati e hanno approvato un documento comune (Dichiarazione di Pechino) che impegna i BRICS a una forte collaborazione nel campo della sanità pubblica tra di loro e anche nei confronti di altri paesi.

La Figura 2 mostra come in termini assoluti di spesa i BRICS siano lontani dal G7 nel campo della cooperazione internazionale (pallini), ma i dati di tendenza (barre) mostrano un incremento della spesa molto maggiore a favore dei BRICS (con l'Italia, unico paese che invece regredisce).

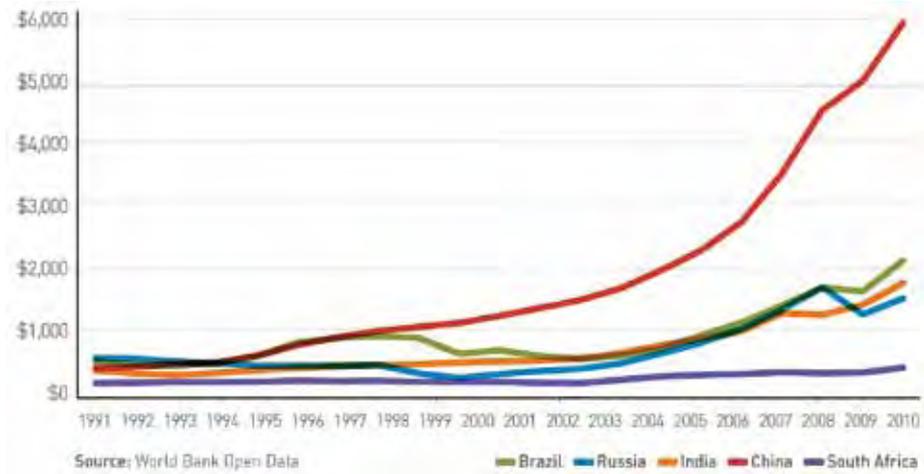
Brasile e Cina sono i paesi leader nel campo della cooperazione sanitaria e di questi tracciamo un breve profilo delle principali attività.

Il **Brasile** è uno dei paesi che si è maggiormente impegnato in casa propria nella lotta all'HIV/AIDS. Nel 1996, sotto la pressione di un forte movimento popolare, il governo garantì l'accesso universale al trattamento antiretrovirale (ARV). Per ottenere questo risultato il Brasile promosse la produzione locale di farmaci ARV generici e fece pressione sull'industria farmaceutica per ridurre i prezzi dei loro prodotti. Grazie a ciò la mortalità per AIDS si dimezzò tra il 1996 e il 2002. Per questo motivo al primo posto negli interventi di cooperazione, rivolti ad altri paesi dell'America Latina e all'Africa, spiccano quelli riguardanti l'HIV/AIDS. In particolare il Brasile sta aiutando il Mozambico nella costruzione di fabbrica per la produzione di farmaci ARV (con un investimento di 21 milioni di dollari) che renderà il paese autosufficiente e anche in grado di esportarli a basso costo in altri paesi africani. Un altro campo d'azione è quello dell'assistenza

MARIA JOSÈ CALDES,  
GAVINO MACIOCCO  
Centro Regionale sulla Salute Globale



**Figura 1 - BRICS. PIL dei 5 Paesi. 1991 - 2010 (Miliardi di Dollari).**

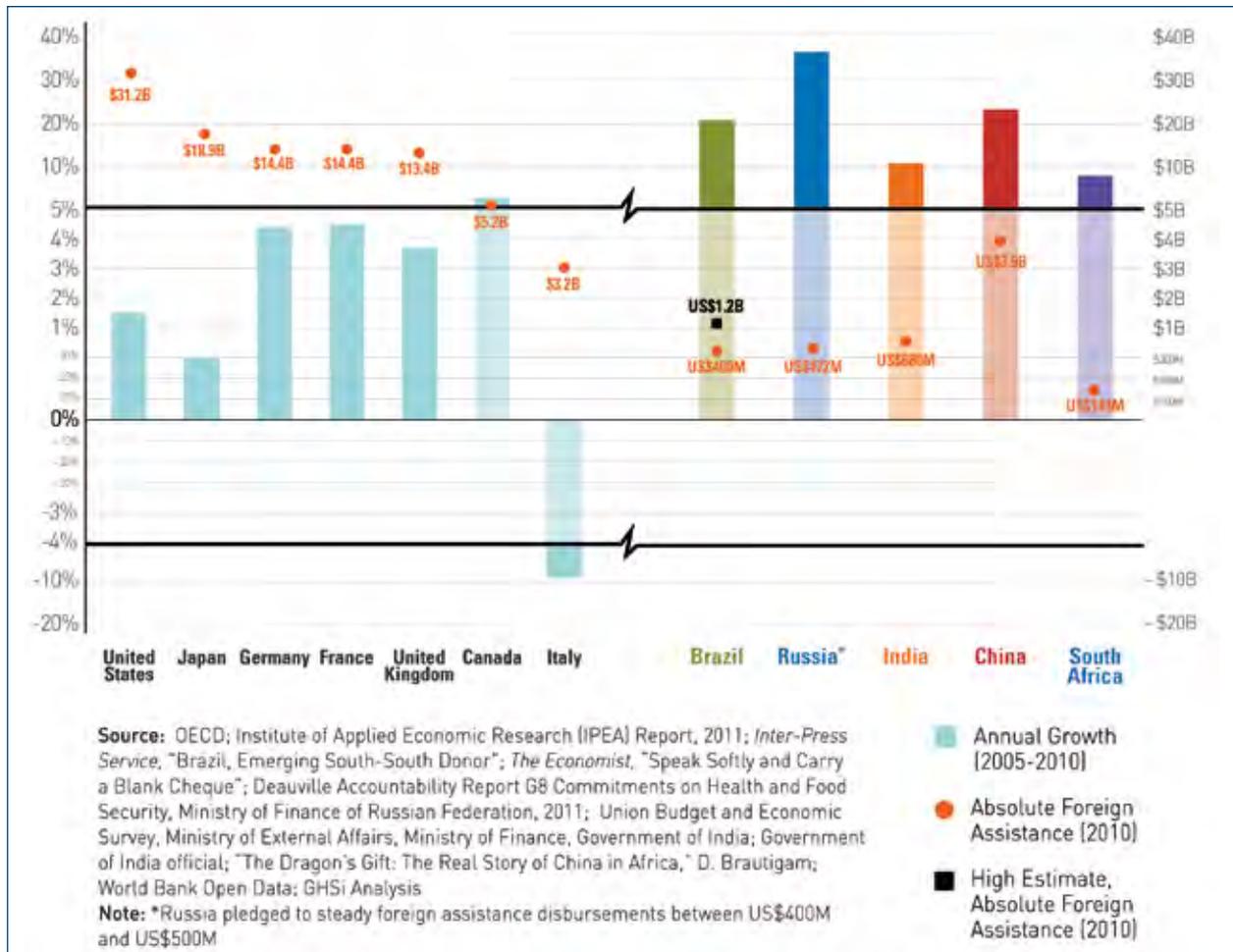


materno-infantile, di cui da segnalare è la Rete Brasileira delle Banche di Latte Umano, la più grande del mondo con circa 200 banche che raccolgono 140 mila litri di latte l'anno. Il Brasile si è impegnato a diffondere l'iniziativa in tutta l'America del Sud che dal 2005 è attiva in Venezuela, Uruguay, Argentina, Ecuador e Cuba. L'obiettivo è quello di istituire una Rete Latino

Americana. Tale iniziativa è stata promossa anche in Africa, dove il Brasile ha firmato accordi di collaborazione con Mozambico, Angola e Capo Verde.

La **Cina** è diventata uno dei principali partner di cooperazione sanitaria in Africa, in diversi paesi il primo. Nel periodo 2007-2011 la Cina ha investito in Africa 757 milioni di dollari che sono serviti principalmente a finanziare la costruzione di più di 100 ospedali e la gestione di servizi sanitari locali da parte di team di personale cinese (medici, infermieri, labo-

ratoristi, etc). Dal 2009 sono stati impiegati in interventi di cooperazione più di 21 mila operatori sanitari in 69 paesi. Un aspetto peculiare della cooperazione sanitaria cinese è il supporto agli interventi contro la malaria; è infatti di origine e di produzione cinese un nuovo (dal 1996) efficace farmaco antimalarico, a base di artemisina (Dihydroartemisinina, distribuito in Africa col nome di Cotecxin). Oltre a fornire i farmaci la Cina ha finanziato in Africa 30 centri per il trattamento della malaria. **TM**



**Figura 2 - G7 vs BRICS. Programmi di cooperazione estera, in termini assoluti (2010 - \$) e in crescita annuale (2005-2010 - %).**

# Manfredo Fanfani

## La forchetta di Caterina De' Medici

Seconda parte (Prima parte nel numero 8/2013)

Ultima Cena,  
autore ignoto.

Anche in questa raffigurazione dell'Ultima Cena, l'Artista sottolinea l'usanza di servirsi con le mani dal piatto comune. Al centro della tavola sette taglieri di legno con sopra dei pesci, bicchieri e bottiglie. Qualche saliera, cinque appuntiti coltelli da usare collettivamente, le pagnotte poste sul margine del tavolo e cialde di fronte ad ogni commensale. In primo piano una scodella con l'agnello



pasquale, dal quale il cibo viene preso con le mani come sta facendo Giuda: "colui che ha intinto con me la mano nel piatto, quello mi tradirà" (Matteo, XXVI, 23), in sintonia col passo di Luca: "la mano di chi mi tradisce, è meco a mensa" (Luca, XXII, 21). Non si tratta evidentemente di un modo figurato di esprimersi ma di un riferimento ad una concreta e reale gestualità.



Cristoforo e Nicolao da Seregno, Ultima Cena, Arbedo, San Paolo.

Sulla tavola, molto arricchita, l'Artista rappresenta, secondo gli usi della sua epoca, di fronte ad ogni commensale, una fetta di pane, detta "quadra", che fa le veci del piatto individuale e sulla quale è depositato il cibo preso con le mani dalle scodelle comuni. Non è ancora in uso la forchetta.

Un Apostolo spezza con le mani la carne posta sulla quadra (particolare di sinistra), un altro Apostolo sta tagliando col coltello il pesce posto sulla quadra; in assenza della forchetta deve aiutarsi con l'altra



mano (particolare a destra). Ciò è tipico delle fasi di transizione, è nato il piatto individuale per deporre le pietanze ma manca ancora la forchetta per aiutarsi nel tagliare! Ogni commensale ha un

coltello e un bicchiere ma, il più delle volte, questi sono usati in comune. Sulla tavola le scodelle in comune, con l'agnello, le pagnotte e le immancabili saliere. Mentre tutti i commensali



siedono su una panca con spalliera, Giuda, relegato su un piccolo sgabello dalla parte opposta del tavolo, si accinge a prendere il pezzo di pane che Gesù gli porge: un riferimento al passo di Giovanni: "In verità, in verità vi dico che uno di voi mi tradirà". "È colui per il quale intingerò un boccone e glielo darò" (Giovanni, XIII, 26), intinto dunque il boccone lo prende e lo porge a Giuda (Giovanni, XIII, 29).

Domenico Ghirlandaio  
(1449 – 1494),  
Cenacolo, Firenze,  
Chiostro di Ognissanti.

Il Ghirlandaio, attento  
cronista degli usi e costumi  
della sua città, descrive la  
tavola dell'Ultima Cena  
realisticamente concepita  
secondo gli usi e i costumi

gine. Rappresentava la televisione dell'epoca, ed era già a colori!... L'Arte italiana in particolare, assume connotazioni narrative e descrittive e il piacere estetico, capace di catturare l'attenzione, veicola spesso l'esperienza culturale.

Non a caso il pittore Nicolas Poussin diceva che "i colori in pittura sono come inganni che persuadono l'occhio"... a guardare il quadro e ricevere il messaggio informativo.

La parola risuona solo per un breve istante, l'immagine, espressa attraverso l'opera d'arte ha, viceversa, rappresentato un mezzo per fare informazione e storia degli eventi con effetti perentori e duraturi, molto vicini ai moderni mass media basati sull'immagine. Sono cambiati i mezzi, non la filosofia né lo scopo.

Sull'uso della forchetta ci sono state in passato molte riserve. L'uso "normale" si avrà in genere fra il cinquecento e il seicento, negli ambienti aristocratici, ma la diffusione e l'uso individuale consolidato avverrà solo nel settecento.

Una volta tutti mangiavano prendendo il cibo con le mani dal piatto comune, posto al centro del tavolo. I galatei e le norme della buona società fornivano a questo scopo alcune raccomandazioni, come quella di "non prendere i cibi dal piatto comune con ambedue le mani, ma usare solo le tre dita di una mano", e di non "razzolare" nel piatto per la scelta delle parti migliori!

Mancavano ancora i piatti individuali, le pietanze si portavano con le mani direttamente alla bocca.



di Firenze della fine '400.  
La tavola è coperta da una  
tovaglia bianca ricamata  
in azzurro. Di fronte a ogni  
commensale una pagnotta,  
un coltello, e un bicchiere.  
Sulla tavola alcune raffinate  
bottiglie per l'acqua e il  
vino; di solito il vino veniva  
annacquato.

Al centro una scodella con  
l'agnello pasquale; alcuni  
tagliere in legno per le altre  
pietanze da prelevare con  
le mani, e le immancabili  
saliere montate su piccoli  
pedistalli a forma di sfera  
(particolare). Secondo  
l'usanza fiorentina la tavola  
è guarnita con ciliegie,  
arance, albicocche  
e lattuga per i loro simbolici  
significati. In molte ultime  
cene, di artisti diversi, Pietro,  
il più fiero degli apostoli,  
è raffigurato nell'atto di  
brandire un grosso coltello  
(particolare); si tratta  
verosimilmente di un  
coltello personale, di aspetto  
diverso dagli altri coltelli



disposti sul tavolo. Spesso  
si usava portare il proprio  
coltello o la "spada corta",  
che era abitudine tenere  
alla cintura.  
L'immaginario iconografico  
ci propone di frequente  
questo doppio aspetto del  
coltello: un utile utensile, ma  
anche una temibile arma



da non tenere troppo a  
lungo in mano, e da  
addolcire dei suoi connotati  
offensivi.  
La forchetta non compare  
mai sulla tavola dell'Ultima  
Cena. Non compare mai  
neppure il cucchiaio, una  
posata che era di uso

comune per le zuppe dei  
normali pranzi.  
L'Ultima Cena era il pranzo  
della festa pasquale, che  
prevedeva l'agnello come  
pietanza.  
Nella iconografia delle  
Ultime Cene, Giuda  
è spesso relegato a sedere  
su uno sgabello, nel rituale

della tavola destinato ai  
servi e agli ospiti di rango  
inferiore.  
Sedere su una stessa  
panca, usare in comune  
il piatto, il coltello, la coppa  
e la saliera, erano,  
viceversa, i simboli  
della commensalità.

Giovanni Antonio Sogliani (1492 – 1554), Mensa di san Domenico, S. Marco, Firenze.

Miracolo ispirato alla semplicità della vita di s. Domenico, la "Provvidenza degli Domenicani".

s. Domenico è in refettorio con i frati, che non hanno né pane né vino.

Il Santo prega Dio.

Subito appaiono due angeli con drappi ripieni di pane.

Anche le botti della cantina si colmano di vino; un frate entra nel refettorio con un'otre ripiena.

Sulla tavola solo una bianca tovaglia e dei piattelli di metallo vuoti, in attesa di accogliere il pane del miracolo che i due angeli si accingono a distribuire.

Di fronte ad ogni frate un bicchiere capovolto; un modo inconsueto di apparecchiare la tavola, un richiamo alla regola domenicana, "nessun beva prima di avere

mangiato", ma anche per sottolineare che si tratta di bicchieri vuoti, in attesa di essere riempiti col vino della provvidenza, portato

dal solerte frate dalla cantina. Non compare sulla tavola neppure l'usuale coltello. Appeso al cordone del saio di un frate

il coltello personale, che sarà usato in comune con i confratelli. Anche su una tavola così povera le saliere sono

numerose! Simbolo dell'alleanza con Dio e della fedeltà, il sale conservava l'unione e proteggeva dalla corruzione.



Nel particolare i piattelli vuoti, i bicchieri capovolti, due saliere ed il coltello appeso al cordone del saio.

dal solerte frate dalla cantina. Non compare sulla tavola neppure l'usuale coltello. Appeso al cordone del saio di un frate

il coltello personale, che sarà usato in comune con i confratelli. Anche su una tavola così povera le saliere sono

numerose! Simbolo dell'alleanza con Dio e della fedeltà, il sale conservava l'unione e proteggeva dalla corruzione.

numerose! Simbolo dell'alleanza con Dio e della fedeltà, il sale conservava l'unione e proteggeva dalla corruzione.

**Alla fine del quattrocento compaiono sulla tavola i primi piatti individuali di metallo. Ha inizio il processo di personalizzazione degli utensili usati per mangiare.**

Giovanni Agostino da Lodi (1467-1525), Cena in Emmaus

L'Artista presenta la tavola secondo i costumi più evoluti della Venezia fine '400. Compaiono i piatti di peltro di fronte a ogni commensale; individuali sono i coltelli e i bicchieri.

Due sono le raffinate bottiglie e le eleganti saliere, montate su piccole sfere donate da strisciare sul tavolo (particolare).

Sulla tavola, sia pure arricchita, non compare la forchetta.

Gli inservienti presentano i piatti dai quali il cibo sarà prelevato con le mani e posto nel piatto individuale; sempre con le mani sarà poi portata alla bocca.

Cristo risorto appare al centro del tavolo; sui lati i due pellegrini.

Un riferimento all'Vangelo di Luca (XXIV, 30): "E avvenne che stando a tavola con essi prese il pane, e lo benedisse, e lo spezzò, e ad essi lo porse".

Nel quadro sono raffigurati l'oste ed i quattro figli che servono a tavola; era frequente utilizzare l'opera d'arte come promozione del committente e della sua attività. Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...

Con l'uso dell'immagine come mezzo mediatico nasceva anche la pubblicità occulta...



## Il linguaggio delle mani Una colonna sonora che dà voce alle immagini

Giacomo Minore                      Pietro                      Giacomo Maggiore                      Matteo                      Simone  
Bartolomeo    Andrea                      Giuda    Giovanni                      Tommaso    Filippo                      Taddeo



Giovan Pietro Rizzoli, detto Giampietrino, Ultima Cena (notizie dal 1495 al 1549 ca.), Royal Academy of Arts, Londra

Si tratta di una fedele copia del Cenacolo di Leonardo che consente uno studio accurato dei particolari. L'affresco di Leonardo privilegia il motivo del turbamento collettivo: nessuno infatti è intento a mangiare; e sottolinea l'intensità dei moti dell'animo all'annuncio del tradimento: "In verità, in verità vi dico: uno di voi mi tradirà" (Giovanni, XIII, 21). Si tratta di una ultima cena senza traccia di "intinger di pane". Gesù non ha ancora compiuto il gesto rivelatore che aveva preannunciato: "è colui per il quale intingerò un boccone e glielo darò" (Giovanni, XIII, 26). La tensione emotiva è pertanto intensa, riecheggia lo spirito del vangelo di Luca: "allora essi cominciarono a domandarsi a vicenda chi di essi avrebbe fatto ciò" (Luca, XXII, 23). Colpisce l'espedito di cui Leonardo si è servito per animare la sua ultima cena: il parlare con

la gestualità delle mani forma una pittura polifonica che dà voce alle immagini rafforzando l'intensità dei sentimenti.

Gesù, al centro del tavolo, allarga le braccia, con una mano mostra il pane, con l'altra sta per prendere il vino, un preannuncio di ciò che avverrà di lì a poco con la consacrazione eucaristica del pane e del vino.

Gli occhi socchiusi e meditati, le braccia abbandonate sul tavolo, la mano sinistra aperta con il palmo rivolto in alto; una gestualità che sta a significare rassegnazione sulla ineluttabilità della propria sorte:

"Padre mio, se questo calice non può passare da me senza che io lo beva, sia fatta la tua volontà" (Matteo, XXVI, 42).

Ai due lati il turbamento corale degli apostoli, la cui gestualità diventa grido, paura, suono appassionato come in una musica, definita "figurazione di cose invisibili" dallo stesso Leonardo, inventore di strumenti e ottimo musicista.

Gli apostoli discutono in modo concitato a gruppi di tre, ma i vari gruppi sono messi in relazione attraverso una gestualità che ricomponne il turbamento collettivo in una armoniosa coralità. Sul lato destro di Gesù, Pietro, udite le parole del

Signore, si protende con impeto dietro le spalle di Giuda, afferra con la mano sinistra la spalla di Giovanni, l'indice teso indica verso Gesù; la bocca è socchiusa, sta bisbigliando: tu che sei vicino al Signore chiedi "chi è colui a cui si riferisce?" (Giovanni XIII, 24).

Giovanni inclina il capo verso Pietro per meglio ascoltare, lo sguardo è rivolto in basso, le mani sul tavolo sono strette l'una nell'altra; seconda la bella espressione di Leonardo "tesse le dita delle sue mani insieme". Per appoggiare le mani sul tavolo ha spostato in avanti il suo piatto. Un atteggiamento di chi attende un ascolto confidenziale.

Pietro punta il manico di un grosso coltello contro la schiena di Giuda che, spaventato, con un movimento improvviso rovescia la saliera.

Andrea con lo sguardo attonito, le braccia sollevate con il palmo delle mani in avanti, le labbra inclinate verso il basso, esprime meraviglia, disgusto, costernazione.

Giacomo Minore stende la mano sinistra, dietro le spalle di Andrea fino a toccare la spalla di Pietro, con l'indice teso ad

indicare Gesù e rafforzare la domanda rivolta a Giovanni. La catena di braccia e di mani rafforza l'onda emotiva fluente in una musicalità indefinibile. A capo tavola

Bartolomeo si è alzato di scatto puntellandosi con le mani sulla tavola. Il corpo è proteso in avanti, lo sguardo rivolto verso Pietro, esprime la tensione di chi attende una risposta alla domanda rivolta a Giovanni: "chiedi chi è colui a cui si riferisce?".

Anche la gestualità degli apostoli, che si trovano alla sinistra del Signore, esprime raccapriccio e tensione per l'annunciato tradimento.

Ognuno potrebbe essere il colpevole, ciascuno rivolge la stessa domanda: "sono forse io, Signore?" (Matteo, XXVI, 22).

Giacomo Maggiore si piega all'indietro per lo spavento, allarga le braccia, la testa è china, le labbra dischiuse in un'esclamazione di sgomento.

Dietro di lui Tommaso indica il cielo con l'indice, un gesto interrogativo che allude probabilmente all'intervento del Padre.

Filippo, alla sinistra di Giacomo Maggiore, alzatosi in piedi, si china verso Gesù con le mani sul petto; il volto angelico esprime costernazione e devozione, come per dire:

Signore non sono certo io il traditore, conosci la purezza dei miei sentimenti!

L'ultimo gruppo di tre apostoli discute animatamente sull'orrore appena udito.

Matteo, il primo del gruppo, si è alzato in piedi, rivolgendosi verso gli altri due apostoli, tende di scatto le mani all'indietro indicando Gesù, una gestualità chiaramente allusiva: avete ascoltato cosa ci ha appena detto il Maestro? Questa gestualità ricollega i due gruppi e riannoda la coralità dell'insieme.

Accanto a Matteo siede Taddeo: il volto è teso, la mano destra è sollevata con le dita sul petto, come dicendo: certo che ho ascoltato cosa ha detto il Signore, pensate forse che sia io il traditore?

Simone siede dignitosamente a capo tavola; il volto riflessivo e imbronciato, il movimento delle braccia e delle mani col palmo elevato in alto esprimono dubbio, incredulità, sorpresa. Riflette: ho ascoltato le parole di Gesù, cosa posso argomentare? Attendiamo il gesto rivelatore che il Signore ci ha preannunciato.

Continua nel prossimo numero...



## Ricordi di vita vissuti

### UNA CONSTATAZIONE DI MORTE INUSUALE

Dalla valigetta del dottore nasce questa storia! Che si svolge a Palazzuolo sul Senio nel Febbraio del '64. A Palazzuolo facevo l'ambulatorio dalle 10 alle 12. Avevo pochi clienti, dei 1100 abitanti del paese, 800 erano del Dr. Leonardo Giovan Battista. Io ero lì dal novembre del '63. Era nevicato per tre giorni di seguito poco prima di mezzogiorno entra nell'ambulatorio un uomo sui 40 anni che io non conoscevo e mi chiede se sono io il Dottore.

Dice: «Dottore bisogna che venga con me a fare il certificato di morte per il mio babbo che è morto tre giorni fa – e mi dice – il babbo aveva 84 anni non era mai andato dal dottore non prendeva nessuna medicina e stava bene, come si può stare a quell'età, addirittura curava l'orto. Tre giorni fa l'abbiamo trovato a letto morto nel sonno. Lei ha visto quanto ha nevicato in questi giorni! Io non sono potuto uscire da casa fino ad oggi. Lo abbiamo lavato, vestito, con il suo vestito migliore e per evitare spiacevoli conseguenze lo abbiamo messo attraverso l'abbaino sul tetto e lo abbiamo legato con due corde».

Era venuto a prendermi con il cavallo, io seduto dietro di lui e si va per circa 20 minuti per un viottolo pieno di neve. Si entra in casa c'è la moglie, la mamma ormai vedova, c'è il figlio di 8 anni e attraverso l'abbaino vedo quest'uomo sul tetto conservato benissimo dopo tre giorni.

Si torna in paese, faccio il certificato di morte e scrivo che è morto per un infarto del miocardio.

Lui mi dice adesso vado dal sacerdote Don Angelo Livi per fissare il funerale. Don Angelo Livi alcuni anni dopo verrà nominato Monsignore e verrà chiamato a dirigere la Parrocchia di San Lorenzo a Firenze. Se io non avessi visto con i miei occhi questo avvenimento stenterei a crederci. Ma questo è vero e farà sempre parte della mia vita.

### UNA CURA CHE VIENE DA LONTANO

Un giorno viene da me la signora Lucia Tritto: «Dottore, forse lei non lo sa ma io ho una sorella

che abita in Argentina. È andata là tanti anni fa, è sposata ed ha due figli».

«Non lo sapevo!».

«Se lei si ricorda l'anno scorso io ho avuto dei dolori al collo, alla schiena e alle braccia e lei mi ha fatto fare delle iniezioni e prendere delle compresse ed io in pochi giorni sono guarita».

«Sì – dico io – ricordo qualcosa ma non certo quali erano le medicine».

«Ma io sì – risponde la signora Lucia Tritto – perché ho tenuto le scatole. Quando una medicina mi fa bene tengo le scatole. Eccole qua. Bisogna che lei mi faccia il favore di farmi le ricette io compro le medicine, alla posta mi faccio fare un pacchetto per via aerea, e in quattro giorni queste medicine sono in Argentina».

Io lo so che avrei dovuto dire di no! Ma come si fa a rifiutare una richiesta così pressante.

Faccio le ricette, la signora spedisce il pacco e per un mese io non so più nulla.

Dopo un mese circa la signora Lucia viene da me e dice: «Dottore ha fatto centro un'altra volta, mi ha scritto mia sorella che ha fatto tutte le cure che le abbiamo mandato ed è guarita e dice: "Ringrazia anche il Dottor Fusi!"».

E poi dicono che non esistono le piccole (o grandi) soddisfazioni della professione medica. Ho curato e guarito una signora in Argentina senza conoscerla.

TM

ALDO FUSI

Medico di medicina generale, Barberino del Mugello



Palazzuolo sul Senio

# Il mal caduco di Lodovico Cardi Cigoli

## Rivisitazione storica e medica a 400 anni dalla scomparsa



Fernando Prattichizzo, medico ospedaliero di Medicina Interna con interessi di ricerca scientifica nel campo della Cardiologia, svolge anche attività di pubblicista storico-letterario e di artista pittore.

**A** distanza di 4 secoli dalla morte di Lodovico Cardi detto il Cigoli, avvenuta a Roma l'8 giugno 1613, tralasciando gli aspetti artistici della sua opera, ritengo interessante riconsiderare la

patologia di cui era affetto e la causa della sua morte, sulla base della biografia scritta dal nipote Giovan Battista

Cardi nel 1628 e pubblicata ad opera del Comune di San Miniato nel 1913. Nato nella villa di Castelvechio a Cigoli il 21 settembre 1559, Lodovico Cardi fu colpito da infermità a 17 anni, mentre attendeva in Firenze alla sua formazione presso la bottega di Alessandro Allori detto del Bronzino, perché nipote e allievo di Agnolo Bronzino.

*In questo tempo avendo il Bronzino nei chiostri di S. Lorenzo una stanza dove si faceva notomia di molti corpi, nella quale dimorando di continuo fra il fetore e schifezza de' cadaveri, spavento e terrore di sì fatti spettacoli, assiduità ed attenzione nel disegnarli, fu nella detta stanza dal mal caduco così fieramente assalito che quasi un mese stette di tal maniera sbalordito et in particolare con la memoria offesa che poco o punto delle cose passa-*

*te si ricordava. E di poi, seguendo il male (come è suo costume), periodicamente ritornava, e servendo per impedimento che egli non potesse a così difficile professione attendere, per consiglio de' medici, dopo esser stato 4 anni appresso il Bronzino,*

*si ritirò in villa, dove si tratteneva mentre l'aria di Firenze gli era più dannosa, non lasciando però del tutto sì di fuori*

*come nella città il disegnare.*

Il termine "epilessia" deriva dal greco epilambano, che significa "prendere di sorpresa, assalire all'improvviso", con ciò richiamando l'immagine della possessione. L'epilessia è stata anche chiamata "mal caduco", in quanto la potenziale caduta a terra espone al rischio di traumi, e "mal della luna", perché torna ciclicamente come le fasi lunari. Durante il Medioevo l'epilettico è ritenuto una preda del demonio, allo stesso modo dei malati di mente, con tutti i risvolti di inquisizione e di persecuzione, ma nel '500 Paracelso scrive due libri sull'epilessia, in cui invita a trattare l'epilettico con amore e compassione, trattandosi di una malattia curabile attraverso l'intervento divino, che è capace di porre rimedio a ogni malattia. In

FERNANDO PRATTICHIZZO

Dirigente Medico di Medicina Interna  
Azienda USL 11 di Empoli



Figura 1 - Ricinus communis.



Figura 2 - Semi di ricino.

*tal cognizione, mediante la quale si rese eminente in tutte le parti che in buon disegnatore sono richieste.*

In secondo luogo intrecciò tra il 1609 e il 1613 un lungo carteggio con Galileo Galilei, pubblicato nel 1959 dall'Accademia degli Euteleti di San Miniato col titolo "Macchie di sole e pittura". Entrambi allievi del matematico Ostilio Ricci, coltivarono l'uno l'interesse dell'altro. Galileo si dilettava col disegno e il Cigoli con le osservazioni astronomiche. Nella corrispondenza tra i due si legge spesso delle macchie solari che il Cigoli osservò personalmente, confermando le tesi

questo preciso contesto dev'essere valutata l'interpretazione che il biografo dà del mal caduco, attribuito all'eccessivo stress psicologico vissuto dal Cigoli giovanetto al tempo della sua attività autoptica. Sulla base delle conoscenze attuali dobbiamo fondatamente sospettare, invece, che l'epilessia sia stata determinata da una encefalite, anche se non è ipotizzabile da quale agente causata, considerato il rischio infettivo cui è sottoposta l'attività settoria e la descrizione di prolungata alterazione dello stato di coscienza, con obnubilamento o confusione mentale. Parimenti in questo contesto possiamo interpretare il forte legame con la Chiesa cattolica dell'intensa attività artistica svolta dal Cigoli, che – come vedremo – tentò tutte le strade possibili per affrancarsi dalla malattia. Innanzitutto, si impegnò a fondo negli studi anatomici, in modo particolare sull'apparato muscolare così intensamente impegnato nell'attacco epilettico, e da essi trasse cognizione per l'esecuzione dello "scorticato" in cera, tuttora presente al Museo del Bargello.

*In quel tempo Teodoro Maiern fiammingo, eccellente notomista, tagliando molti corpi nello Spedale di S. Maria Nuova gli porse comodità di a lungo disegnare, nella quale occasione fece la sua Notomia di cera, la quale condusse con tal diligenza ed esquisitezza che ha superato senz'alcun dubbio ogn'altra che antica o moderna si sia veduta, et essendo così tenuta comunemente, è giudicata cosa degna d'esser assicurata con materia da resistere meglio all'ingiurie del tempo. Nella qual fatica avendo vista l'incatenatura dell'ossa, nervi e legature, come anco da quelle i muscoli pigliano principio e come per lo lungo o per obliquo o straverso si distendono, et in che luogo sieno più o meno carnosì, et alla fine convertendosi in tendini si intreccino e nascondino, attaccandosi per mezzo delle legature all'osso, e quali nelle varie attitudini abbiano officio di muovere più un membro che l'altro, e per tal cagione chi gonfi e chi abbassi, per il che variamente mutandosi la forma e sito loro, di grandissimo utile si deve dir che sia al pittore*

dell'amico scienziato. Di questo rapporto rimane una straordinaria testimonianza in una "Concezione" del Cigoli, raffigurante una luna sotto un piede della Madonna. Quella luna, come racconta Leonardo Cesi a Galileo, non era la falce candida replicata nei dipinti della grande tradizione religiosa, ma un "globo rugoso nel modo che da Vostra Signoria è stato scoperto". Il Cigoli aveva guardato nel cannocchiale di Galileo ed aveva visto le macchie lunari, per cui derideva coloro che si opponevano alle tesi di Copernico e lo invitava a diffondere le sue idee con ogni mezzo. Nello studio della luna, dobbiamo aggiungere, il Cigoli sperava di trovare una soluzione al suo "mal della luna". Del resto ancor oggi resta molto diffusa la convinzione che le fasi lunari abbiano una forte influenza sulle attività umane ed agricole.

Da ultimo dobbiamo commentare l'episodio che lo condusse alla morte, cioè una *febbre maligna* durata 14 giorni. Durante la malattia terminale fu assistito dal famoso medico Giulio Mancini, il quale riferisce che *per curiosità o troppo sapere, pigliò senz'ordine del medico non so che seme ricino, e malignandosi la febbre, in un tratto infiaccandosi la vita, morì in pochissimi giorni*. Ricordo che intorno alla metà del '500 la farmacopea occidentale passa dallo studio degli "erbari" all'istituzione degli orti botanici, fondati con il dichiarato scopo di coltivare le specie atte a produrre il *Medicamentum simplex*, estendendo e rendendo più rigorosa la consuetudine monastica. Per una somiglianza estetica e di azione tra i semi di ricino e quelli di colchico, il Mancini ritiene che il Cigoli abbia assunto il ricino, mentre in realtà egli potrebbe aver assunto il colchico, ancor oggi utilizzato per la cura dell'artrite gottosa e della pericardite, il quale facilmente determina irritazione gastroenterica al pari del ricino, oltre iperpiressia e morte a dosi tossiche. In conclusione, dopo le estasi mistiche, gli studi anatomici e le indagini astronomiche, il Cigoli potrebbe aver tentato sventuratamente di guarire dal mal caduco avvelenandosi con i rimedi della farmacopea d'allora.

TM



## Mentre è papa Francesco

Danilo Poggiolini, Gangemi Editore

Gangemi Editore

**D**anilo Poggiolini ha percorso la carriera ordinistica e sindacale, ricoprendo gli incarichi di segretario nazionale e presidente della FIMMG e quello di Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini, nonché quella politica, eletto al Parlamento Europeo e alla Camera dei Deputati. La sua esperienza di giornalista, ha diretto per 15 anni il “Medico d’Italia”, ha favorito certamente la sua capacità di raccogliere le riflessioni scaturite dalla sua lunga esperienza della vita e degli uomini e dalla sua consuetudine con la discussione pubblica sui fondamenti della convivenza civile.

È nato così “Mentre è papa Francesco” un “possibile dialogo fra un credente e un agnostico”, pubblicato da Gangemi Editore, che raccoglie il suo pensiero nell’antica forma del dialogo filosofico fra due portatori di concezioni diverse della vita, uniti tuttavia, nell’artificio letterario, dalla stessa curiosità, cultura e apertura mentale. Una sorta di meditazione sul senso ultimo delle cose. La scelta della forma-dialogo rappresenta una sfida sul piano dell’efficacia letteraria che Danilo Poggiolini affronta e supera riuscendo a tenere avvinto il lettore per tutto il testo, quasi facendolo compartecipe delle complesse ma affascinanti argomentazioni dei due contendenti. I due interlocutori del testo, Libero e Francesco, rappresentano l’uno il laicismo tollerante e razionale, figlio prediletto dell’Illuminismo, l’altro la religiosità professata con rigorosa coerenza ma aperta ad un giudizio non dogmatico sulle cose e sugli uomini.

Libero costruisce le sue argomentazioni sulla piccolezza dell’uomo di fronte all’immensa e imperscrutabile natura e quindi sul perché un essere Onnisciente avrebbe posto la sua creatura prediletta in una situazione così

precaria, afflitta dal male e costretta alla sofferenza. Se Dio esiste perché esiste il male? Francesco risponde professando la sua fede come atto d’amore, un amore di Dio verso gli uomini e che gli uomini dovrebbero reciprocamente provare.

Se la Chiesa non sempre ha seguito l’evoluzione dei tempi, sostenendo la liberazione dell’uomo da millenarie catene, pur tuttavia l’annuncio evangelico travalica la Chiesa come istituzione umana e rappresenta un valore eterno. Vi è una conclusione a questo dialogo? Non certo sul piano del reciproco convincimento ma sul piano operativo c’è e molto forte. Il dialogo è sempre possibile se vi è tolleranza per le opinioni degli altri, onestà intellettuale, amore per il prossimo e indignazione di fronte ai mali del mondo, quei mali che l’uomo è capace di infliggere agli altri. Entrambi gli interlocutori ammettono che il comportamento dell’uomo può o potrebbe diventare più saggio. In conclusione la tolleranza dovrebbe essere la sostanza delle nostre speranze sul progresso dell’umanità.

Per questo la questione che resta irrisolta non è tanto la fede in un qualche Dio, fede che è certamente di aiuto agli uomini come lo è la coscienza kantiana della legge morale. Il vero problema è l’esistenza di quelle sovrastrutture ecclesiali o istituzionali che tendono ad imporre agli altri le proprie regole, creando un clima lesivo per la libertà, minando il vivere civile. Tra la bergogliana “globalizzazione dell’indifferenza”, l’*ecclesia triumphans*, il Sillabo e le Società Operaie di Mutuo Soccorso è possibile una sintesi? Forse quella contro un nemico comune, il mercantilismo imperante?

Antonio Panti

## Le fiabe di Aisha

Giunti Progetti Educativi

Sandra von Borries

**I**l libro “Le fiabe di Aisha” è stato ispirato all’autrice Sandra von Borries da una difficile situazione affrontata insieme alla figlia, afflitta da una cardiopatia congenita, che ha richiesto due interventi chirurgici. Il libro è composto da tre fiabe per raccontare la cardiopatia, l’ospedalizzazione, la cicatrice. Le storie, scritte con un linguaggio piano, efficace e ricco di fantasia e illustrate da Claudia Borgioli, si propongono di contribuire alla serena accettazione, da parte dei piccoli pazienti che attraversano esperienze simili, del lungo iter della malattia e dei momenti di paura e di solitudine che questa comporta. La fiaba rappresenta un “rito di passaggio” al termine del quale ci si ritrova, forse, più forti di prima; il dolore affrontato diviene nuova consapevolezza e sensibilità, i cambiamenti verificatisi sono un arricchimento e un motivo di nuovi incontri e nuove prospettive di vita.

Dietro al mondo fantastico di Aisha ci sono l’impegno tenace e l’amore di una mamma che ha saputo coinvolgere nel progetto personaggi e istituzioni diversissimi. Da

qui l’introduzione scritta da un cantante di fama internazionale (Andrea Bocelli), la collaborazione di una brava attrice (Paola Cortellesi), che nel CD allegato al libro legge le fiabe e interpreta le due canzoni originali composte da Enrico Andreini su testi dell’autrice, il supporto tecnico da parte di una nota casa editrice (Giunti Progetti Educativi), il sostegno finanziario da parte di una Società conosciuta nel mondo (Ferragamo); tutti entusiasti, tutti concordi per una volta, come di rado accade.

E sullo sfondo “l’Ospedale del cuore Pasquinucci” di Massa (a cui andrà il ricavato delle vendite del libro), uno dei tanti luoghi di eccellenza del nostro Paese, dove i piccoli cuori malati di tanti bambini vengono rimessi a nuovo; e la competenza e disponibilità di medici e infermieri, quotidianamente impegnati al meglio delle loro possibilità. Qui la fiaba (e il suo lieto fine) divengono realtà di tutti i giorni, rassicurante e fonte di serenità.

Alexander Peirano



## MEDICI NATI NEL 1949: ATTENZIONE ALLA PENSIONE!

Per tanti anni è stata una tradizione consolidata per i medici e cioè che al compimento dei 65 anni di età si poteva chiedere la pensione ENPAM del fondo generale quota A (quella di base per intenderci). Ma dopo la riforma Fornero anche l'ENPAM è stata costretta a rivedere i limiti di età che, da quest'anno, aumentano progressivamente fino ad arrivare, dal 2018 in poi, ai 68 anni di età.

La novità riguarda da vicino soprattutto i **medici che sono nati nel 1949 e che compiono i 65 anni nel 2014**. Ebbene, costoro non potrebbero più andare in pensione perché nel frattempo il limite di età sarà diventato 66 anni... Per porre rimedio a questa situazione, l'ENPAM garantisce comunque ai me-

dici della classe 1949 di ottenere la pensione nel 2014 (e cioè al compimento dei 65 anni) ma a due precise condizioni: la prima (e più importante) è che il medico deve presentare all'ENPAM una apposita domanda **entro il 31 dicembre 2013** o comunque entro la data del compimento dei 65 anni per ottenere la pensione quando compirà i 65 anni durante il 2014. La seconda condizione è che in questo modo il medico accetta che la sua pensione sarà calcolata con il sistema contributivo, quindi leggermente più penalizzante del sistema attuale.

Per poter valutare con cognizione quale sia la soluzione più adatta per ogni medico (se cioè chiedere comunque la pensione ai 65 anni oppure se attendere, continuando però a paga-

re i relativi contributi) l'ENPAM ha messo a disposizione di ogni medico, nell'area riservata del proprio sito **www.enpam.it**, un apposito prospetto nel quale, indicando i propri dati, è possibile avere una simulazione dei risultati. A seconda dei quali il medico potrà decidere quale soluzione si adatta maggiormente alle sue esigenze.

La questione comunque è stata già più volte illustrata sul "Giornale della Previdenza". In particolare si rinvia al n. 6/2012 nel quale questi concetti sono più ampiamente spiegati. Tale numero, come tutti i numeri pubblicati, è disponibile sul sito dell'ENPAM nella pagina dedicata al "Giornale della Previdenza".

## Riscossione compensi tramite POS

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici fa presente che dal 1° gennaio 2014 tutti i liberi professionisti (e quindi anche i medici e gli odontoiatri) saranno tenuti ad accettare i pagamenti dei loro clienti tramite bancomat o carte di credito

e non potranno rifiutare tale modalità di pagamento. Quindi dovranno dotarsi di un terminale abilitato al pagamento elettronico (cosiddetto "POS"), alla pari degli altri esercizi commerciali. Lo prevede l'art. 15 comma 1 del Decreto Legge 179/2012,

convertito in Legge 221/2012. Tuttavia deve ancora essere emanato un regolamento che dovrebbe precisare l'importo minimo del pagamento al di sotto del quale potrebbe non essere obbligatorio ricorrere al POS.

## Dovere di riservatezza e segreto professionale

Alcune associazioni operanti soprattutto nel campo del volontariato offrono vari servizi di supporto alle persone anziane, fra cui anche il servizio di ritirare le ricette dal medico, andare in farmacia, acquistare i farmaci e consegnarli a domicilio del paziente. All'Ordine è stato posto il

problema se il medico che redige la ricetta sia legittimato a consegnarla agli operatori di tali associazioni invece che personalmente al proprio assistito. In proposito vale la regola prevista dal Codice della Privacy e cioè che il medico può farlo solo e soltanto se è espressamente autoriz-

zato per iscritto dal proprio assistito. Quindi se costui delega formalmente l'associazione a ritirare la ricetta per suo conto, il medico può consegnarla al soggetto delegato, avendo cura di trattenere agli atti la delega firmata dal proprio assistito.

## Indagine conoscitiva sui giovani medici

L'Osservatorio dei Giovani professionisti presso la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici propone una indagine conoscitiva sulla programmazione dell'accesso dei medici e degli odontoiatri nel mondo del lavoro allo scopo di ottenere informazioni sugli esiti occupazionali, di co-

noscere la spendibilità/fruibilità del titolo formativo in relazione allo stato occupazionale, di valutare il grado di soddisfazione sull'organizzazione dei percorsi formativi, di monitorare le tipologie dei contratti lavorativi in essere e di valutare il coinvolgimento dei giovani professionisti alla

vita associativa della categoria. Il questionario è riservato ai medici e agli odontoiatri laureati e abilitati negli ultimi 10 anni ed è disponibile sul sito [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it). Si invitano i colleghi interessati a partecipare all'iniziativa.

## Scheda clinica del paziente odontoiatrico

La Commissione Nazionale Odontoiatri ha diramato alcune importanti precisazioni in merito alla tenuta della "cartella clinica" negli studi odontoiatrici. In primo luogo viene chiarito che negli studi medici privati più che di "cartella clinica" (che esiste eminentemente in ambiente ospedaliero), bisognerebbe parlare di "scheda clinica". In secondo luogo, viene precisato che pur non esistendo alcuna norma di legge che obblighi il libero professionista a tenere la scheda clinica, ciò costituisce

un'ottima regola di professionalità, in ossequio a quanto previsto dagli articoli 25 e 26 del Codice Deontologico. La Commissione Nazionale Odontoiatri, quindi, suggerisce la tenuta della scheda clinica in ambito odontoiatrico anche perché, in ipotesi di contestazione, la mancanza di ogni documentazione si potrà configurare come elemento negativo a carico del sanitario, a cui incombe l'onere di provare di aver operato secondo i canoni di diligenza previsti dall'art. 1176 del Codice Civile. La

conservazione della documentazione clinica (e quindi anche della scheda sanitaria) dovrà essere pari al termine di prescrizione dell'azione di risarcimento del danno. Riguardo alla documentazione radiologica, poiché l'odontoiatra è abilitato ad eseguire attività radiodiagnostiche complementari, valgono le leggi sulla radioprotezione e cioè la conservazione per dieci anni o la restituzione al paziente in qualunque momento, con rilascio di ricevuta di consegna.



## Certificati inutili

Un signore si presenta dal proprio medico: "Dottore, un mio amico ha un bel castagneto lassù nel Mugello e per domenica prossima mi ha chiesto di andare ad aiutarlo a raccogliere i marroni".

Il medico: "Mi sembra un'ottima cosa".

Il signore: "Sì, ma mi ha detto che devo portargli un certificato di idoneità per la raccolta dei marroni, perché lui non vuol prendersi la responsabilità se mi succede qualcosa".

E il dottore: "Va bene, ma glielo faccio solo per i marroni. Se per caso nel bosco vede un fungo, guai a lei se lo tocca!".

Sembra una barzelletta (e in effetti il racconto è un po' calcato), ma la sostanza si basa su un episodio assolutamente vero e mette in luce la questione dei certificati medici inutili.

Il problema è che ai medici spesso vengono richiesti i certificati più strani, soprattutto di "idoneità" allo svolgimento di alcune attività di lavoro o di svago.

Occorre, quindi, fare chiarezza e in maniera seria.

Finalmente, dopo tanta attesa, il

cosiddetto "Decreto del Fare", diventato legge lo scorso mese di agosto, ha abolito tutte le certificazioni mediche di generica idoneità all'attività lavorativa perché oramai superate dalla normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro. Ci sono voluti anni perché questa semplificazione fosse recepita per legge, ma adesso finalmente è arrivata. Per cui oramai è pacifico il concetto che chiedere al proprio medico un certificato di "idoneità alla raccolta dei marroni" non ha più senso (se mai l'ha avuto). Tutto questo dovrebbe oramai essere ben conosciuto dai medici, ma soprattutto dai cittadini che invece purtroppo spesso non conoscono le regole sulle certificazioni e chiedono al medico qualsiasi cosa.

Come deve comportarsi, dunque, il medico?

In primo luogo dovrebbe informare il paziente che per andare a raccattare marroni non serve alcun tipo di certificato medico, che può andare nel bosco quando vuole e per farlo non serve il nulla-osta di nessuno.

Se questo non basta e il cittadino comunque insiste per uscire dallo studio medico con un certificato in

mano, non è il caso di fare guerre di religione: il medico può comunque rilasciare un certificato nel quale scrive (ovviamente se ciò corrisponde a verità) che il paziente "gode attualmente di buona salute e non presenta sintomi di patologie in atto", ma a questo punto ha diritto a chiedere un compenso (anche se è il medico di famiglia) e per giunta su questo compenso va aggiunta anche l'IVA (recentemente aumentata al 22%) perché è ovvio che il Servizio Sanitario Nazionale non copre questo tipo di certificazioni, sicuramente non necessarie.

Ecco, forse questo è l'argomento che potrebbe convincere i cittadini: il fatto di dover pagare di tasca propria per una prestazione non necessaria. E non perché il medico è "avidio" ma semplicemente perché gli viene richiesta una prestazione che nessun Servizio Sanitario pubblico né nessuna Compagnia assicurativa privata rimborserebbe mai.

Tornando alla barzelletta iniziale, chissà! Forse il signore direbbe al medico: "Dottore, va bene lo stesso se lunedì le porto un chilo di castagne?".



## IRAP per liberi professionisti

La Corte di Cassazione ha nuovamente affrontato la questione dell'assoggettabilità ad IRAP per il libero professionista. In particolare la vertenza riguardava uno studio privato in cui il libero professionista aveva un lavoratore dipendente. Secondo

l'Agenzia delle Entrate, tale fatto evidenziava l'esistenza di una "stabile organizzazione" tale da creare l'automatismo: personale dipendente = soggezione ad IRAP. Ma la Corte di Cassazione ha rifiutato questo automatismo ed ha affermato che

spetta al giudice di merito valutare in concreto se esiste effettivamente una "stabile organizzazione", senza automatismi di sorta (Cass. Civ. Sez. VI sent. 22022 del 25/09/2013).

## "Finalmente liberi": una commissione d'inchiesta contro i reati sui minori

"Contraddittorio, garantismo, legalità e senso civico. Queste sono, o meglio, dovrebbero essere le regole fondamentali per chiunque decida di trattare casi riguardanti i minori. Oggi ci troviamo ad affrontare casi di centinaia di famiglie distrutte per motivi bislacchi, perizie superficiali, sospetti di abuso non comprovati".

Così si è espressa l'avvocata Cristina Franceschini in occasione della presentazione di **Finalmente liberi**, la commissione d'inchiesta nata in seno a Federcontribuenti, volta a fare luce su tutta questa serie di ingiustizie che vedono nel mirino bambini di tutte le età. Spesso i giudici si vedono spogliati delle proprie competenze di valutazione per rimettersi a quelle di esperti, troppo spesso coinvolti con le strutture di ospitalità destinate a questi minori". Un problema su più fronti, secondo

Franceschini, che vede la sentenza di affidamento del minore come l'ultimo di tutta una serie di errori comuni nella maggior parte dei casi. Tra questi anche la valutazione dello stato psicologico del bambino: in troppi casi la sottrazione del bambino avviene in forma violenta, senza tenere conto della volontà del piccolo costretto magari a dover instaurare un rapporto con il padre che viene rifiutato spontaneamente.

Un problema riconducibile anche alla mancata evoluzione della prassi in materia psicologica e psichiatrica. È necessario prendere in considerazione lo stato di benessere familiare del bambino evitando di lasciare al mero parere di una persona, anche se esperta, valutazioni di questo tipo. Interessi di casta e mancata volontà di mettere un freno agli automatismi è il problema che non permette una

nuova ridefinizione del sistema che dovrebbe essere rivisto.

Sono decine di migliaia i bambini che così vengono sradicati dalle proprie famiglie per essere collocati in strutture che rendono denaro pubblico, spesso male, e che circola anche a costo di portare al suicidio bambini e adulti. Il tutto accompagnato dal silenzio delle istituzioni, anche quelle che dovrebbero essere preposte all'esercizio di controllo sulle decisioni prese dalla magistratura.

È stato quantificato in 2 miliardi il giro d'affari che ruota intorno all'affidamento dei minori. Purtroppo quando si parla di spesa pubblica è sempre necessario indagare per capire come vengono spesi questi soldi, e questo è quello che si propone di fare Federcontribuenti collaborando con la commissione d'inchiesta.



## Le regole da seguire per un sano ambiente INDOOR

- Non fumare e non permettere ad altri di fumare in casa.
- Introdurre mobili, apparecchiature o utilizzare prodotti di consumo con ridotte emissioni e composti da sostanze il meno pericolose possibili. Non esiste ancora un sistema di etichettatura specifico per gli inquinanti indoor, ma i prodotti che contengono sostanze tossiche o pericolose riportano un marchio quadrato con un teschio o una X di colore nero su sfondo arancione.
- Seguire le indicazioni riporta-

- re sulle etichette dei prodotti per la pulizia della casa e non mischiarli.
- Tenere gli animali domestici fuori dalle camere da letto.
- Controllare l'umidità, che non dovrebbe superare il 40-50% ed evitare la comparsa di macchie di muffa.
- Alcune piante da appartamento aiutano a ripulire l'aria dagli inquinanti, e in modo particolare dalla formaldeide. Sono: dracena, aloe, clorofito, crisantemo, gerbera, giglio, peperomia, sansevieria e ficus.

- Assicurarsi che gli impianti del gas e tutti i dispositivi che bruciano gas o altri combustibili siano ben installati, e curarne la manutenzione.
- Aerare i locali almeno due volte al giorno e aprire sempre la finestra dopo aver cucinato (o mentre si cucina).

Da: VobisNewsLetter,  
Anno III, n. 195, ottobre 2013  
a cura di Paola Mandelli,  
Saffi Giustini,  
"Gino" Santoiemma, Lù Zinni  
<http://vobisnewsnet.blogspot.it/>

## Al Meyer il primo centro nazionale per la cura della Sindrome di Ondine

Nasce al Meyer la prima struttura italiana dedicata alla cura della rara malattia meglio nota come Sindrome di Ondine o Sindrome da Ipoventilazione Centrale Congenita (CCHS). La struttura, inaugurata in questi giorni, è stata inserita nel network europeo CCHS Consortium che comprende i principali ospedali pediatrici europei. La CCHS è una rara e grave condizione morbosa caratterizzata dalla compromissione del Sistema Nervoso Autonomo e in

particolare dei meccanismi di controllo automatico del respiro. L'incidenza si aggira intorno ad 1 caso ogni 200.000 nati (attualmente circa 60 casi in Italia di cui 7 in Toscana). La grande complessità assistenziale richiesta dalla CCHS rende indispensabile il coinvolgimento di numerose professionalità che possono essere garantite solo in strutture ospedaliere ad alta specialità, all'interno di una organizzazione multidisciplinare che preveda anche il coinvolgimento degli

specialisti dell'adulto (ambulatorio di transizione). A garanzia della continuità assistenziale è previsto il coinvolgimento dei pediatri di famiglia e l'attivazione dei percorsi relativi all'assistenza domiciliare pediatrica. Il Centro per la CCHS fa parte del Dipartimento Medico Chirurgico Feto-Neonatale guidato dal Prof. Gianpaolo Donzelli, ed è diretto dal dott. Raffaele Piumelli coadiuvato dal dott. Niccolò Nassi.

## Diritto di accesso agli atti della ASL

La congiunta di un paziente deceduto al pronto soccorso ha chiesto alla ASL copia della documentazione clinica al fine di valutare se il comportamento dei sanitari fosse stato corretto. Inoltre ha chiesto di prendere visione dei protocolli operativi in uso presso il pronto soccorso per il trattamento dei pazienti colpiti da arresto cardiaco. La ASL ha fornito copia alla richiedente della cartella clinica, ma ha rifiutato di fornire i propri protocolli operativi ritenen-

doli atti interni. Della vicenda si è occupato il Consiglio di Stato che ha dato ragione all'Azienda. I giudici hanno affermato che il cittadino ha diritto di acquisire gli atti che riguardano una specifica vicenda che lo vede coinvolto, ma non ha diritto ad accedere a quegli atti che per la loro generalità e astrattezza non riguardano la specifica vicenda. L'interesse del cittadino, quindi, deve essere quello di sapere che cosa sia successo in un determinato caso (e quin-

di ha diritto ad ottenere la cartella clinica), ma non ha diritto a sapere come la ASL operi generalmente in occasione delle più varie eventualità. L'Azienda, quindi, non è tenuta a dare spiegazioni o giustificazioni sul suo operato ma solo e soltanto a fornire copia della documentazione clinica relativa al caso specifico (Consiglio di Stato, sez. III, sent. 5099 del 21/10/2013).

## CONVENZIONI

### AUDIBEL SRL

**Audibel** è un'azienda leader nella distribuzione di apparecchi acustici, conta ad oggi 60 centri acustici sul territorio nazionale di cui 32 presenti capillarmente sul territorio toscano. La filosofia di Audibel può essere riassunta in due parole chiave: ASCOLTO e COMPETENZA al servizio dei propri pazienti. Audibel si avvale infatti di audioprotesisti esperti in modo da fornire una consulenza tecnica qualificata e personalizzata in un'ottica di piena soddisfazione del paziente • **I servizi Audibel:** Test gratuito dello stress uditivo - Prova gratuita dell'apparecchio acustico senza impegno d'acquisto - Forniture ASL/INAIL - Assistenza a domicilio - Possibilità di pagamenti rateizzati e personalizzati • **SCONTO DEL 20% ENTRO IL 31/12/2013 SU TUTTO IL LISTINO ACQUISTI,** e Audibel A2 Tinnitus • **Per informazioni e contatti:** d.ssa Rita Silei 340 91 39 807 - [rita\\_silei@audibel.it](mailto:rita_silei@audibel.it)

### ARGENTI CENTOSTELLE GIOIELLI

Vasto assortimento di articoli regalo e complementi per la casa, bomboniere, liste di nozze, gioielli. Via Centostelle 1/2 - Firenze - Tel. 055/6121260. (10% DI SCONTO SU TUTTI GLI ARTICOLI).

### ASY TECH GROUP IT solution & consulting, di Giannozzi Sandra e Sabatini Francesco

Offre servizi di assistenza su pc, mac e notebook multimarca, assistenza tecnica a domicilio, consulenza informatica, reti, server e storage, vendita Pc, Notebook e periferiche, assemblaggio pc personalizzati, recupero dati da supporti danneggiati, assistenza software, editing per la stampa e servizi web, seo, corsi avanzati riservando uno sconto del 10% a tutti gli iscritti agli albi medici della Toscana, nonché ai dipendenti degli Ordini dei Medici della Toscana, previa esibizione del tesserino di iscrizione. Via P. Calamandrei n. 5 a Scandicci.

# Adenuric<sup>®</sup>

(febuxostat)



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



Certificato Nr.  
50 100 4785

Manfredo Fanfani

## LA FORCHETTA DI CATERINA DE' MEDICI



### Evoluzione degli usi conviviali dal Medioevo al Rinascimento

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

---

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

*Continuazione dell'articolo all'interno della rivista*

*Una copia della pubblicazione può essere richiesta a [info@istitutofanfani.it](mailto:info@istitutofanfani.it)*