



ToscanaMedica

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



Il fuoco di Sant'Antonio

P. Bonanni, L. Gabbani, S. Giustini
R. Mediati, M.G. Santini

Ospedale per intensità di cure

G. Panigada, G. Landini, R. Laureano, R. Andreini, A. Fortini,
G. Lombardo, A. Morettini, S. Spolveri

Alimentazione come stile di vita

G. Vannozzi, V. Annese, S. Bagnoli

L'ospedale vissuto e raccontato

L. Dioscoridi, N. Taddei, L. Rasero,
S. Cionini, F. Tani, C. Paporozzi

N° 10 NOVEMBRE/DICEMBRE 2014



Priligy[®]
Dapoxetina

Depositato presso AIFA in data 06/05/2013





Fondato da
Giovanni Turziani



In coperta
Amedeo Modigliani
(*sin.*) Ritratto di Dédie
(*des.*) Ritratto di Soutine

Anno XXXII n. 10 - Nov./Dic. 2014

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale

D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2014 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

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



Antonella Barresi

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

Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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

S O M M A R I O

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Modigliani da Livorno al successo
F. Napoli

EDITORIALE

- 5 L'invenzione della colpa
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Il fuoco di Sant'Antonio
P. Bonanni, L. Gabbani, S. Giustini, R. Mediatì, M.G. Santini
- 13 Dall'esorcismo ai moderni vaccini, il lungo cammino della terapia dell'Herpes Zoster
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 14 Ospedale per intensità di cure
G. Panigada e coll.
- 15 Alimentazione come stile di vita
G. Vannozzi e coll.
- 18 Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2013-2014
E. Gori e coll.
- 20 L'ospedale vissuto e raccontato
L. Dioscoridi e coll.
- 23 Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate - Parte III
N. Vigiani e coll.
- 26 La funzione sociale del medico
R. Romizi
- 28 Ri-trovarsi nella crisi
S. Domenichetti e coll.
- 30 2013 ACC/AHA Blood Cholesterol Guideline
L. Santoemma e coll.
- 32 Giovani e alcol
F. Franchini e coll.
- 34 Dell'eterologa e di altre questioni professionali
A. Panti
- 35 Gli interventi di contrasto al tabagismo in Toscana
G. Gorini

RICORDO

- 19 La dignità di Ivano Monciatti
AA.VV.
- 72 Giuseppe Carlo Balboni, medico, artista e atleta
G. Orlandini

REGIONE TOSCANA

- 37 Oncologia integrata
S. Baccetti, E. Rossi, M. Di Stefano, V. Monechi
- 42 Diagnosi di depressione in Toscana
Consiglio Sanitario Regionale

ALIMENTAZIONE E TUMORI

- 45 Prevenzione mirata sui tumori o prevenzione primaria delle malattie croniche degenerative?
G. Masala e coll.

RICERCA E CLINICA

- 46 Reflusso faringo-laringeo, un'affezione sempre più frequente
I. Fini Storchi
- 49 Gestione della terapia anti-tromboembolica in una popolazione di pazienti con fibrillazione atriale non valvolare in medicina generale
G. Collecchia e coll.

FRAMMENTI DI STORIA

- 52 Paolo Mascagni (1755-1815)
M. Barni
- 55 Andrea Corsini (1875-1961) e il "primato" italiano della scoperta della patologia da strumenti vibranti
F. Carnevale

INFORMATICA BIOMEDICA

- 59 Le licenze Creative Commons
M.R. Guelfi, M. Masoni

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 61 1865-1871 Firenze Capitale
M. Fanfani

SANITÀ NEL MONDO

- 65 Chronic Care Model in salsa tedesca
G. Maciocco

LETTERE AL DIRETTORE

- 66 Cannabis e dintorni
A. Papini
- 68 La cultura oncologica
M. Graev
- 69 Il pendolo non sta mai fermo
M. La Grua
- 70 Due passi avanti, uno indietro: che ballo è?
S. Spinsanti
- 71 Il Codice deontologico 2014 e le Dat
A. Pagni

74 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

74 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

22 BACHECA

25/51/78 CORSI

33 LETTI PER VOI

Comunicato dell'Ordine sui recenti scandali nella sanità toscana

La sanità toscana è stata recentemente colpita da due gravi scandali che possono minare la fiducia dei cittadini nel sistema. Queste vicende hanno interessato due settori del servizio, la cardiologia e la pediatria, unanimemente riconosciuti, in tutte le statistiche nazionali e internazionali, tra i migliori d'Italia e d'Europa. La Federazione Toscana degli Ordini dei Medici assicura di aver già avviato le procedure di propria competenza per sanzionare gli eventuali illeciti ove fossero realmente dimostrati. Gli Ordini dei Medici invitano i cittadini a mantenere intatta la loro fiducia nel servizio sanitario toscano, in cui migliaia di professionisti operano quotidianamente per offrire ai pazienti le migliori prestazioni possibili. Inoltre gli Ordini esprimono perplessità perché sono costretti a agire sulla sola base di notizie di stampa. È quantomeno strano che i mass media siano in possesso dell'ordinanza di indagini che non è stata trasmessa (in base al segreto istruttorio?) all'Ordine competente, diffondendo così una notizia scandalistica senza possibilità di difesa da parte degli indagati.

Antonio Panti
Presidente Federazione Toscana Ordini dei Medici

L'Ordine si costituisce al TAR contro gli psicologi

Dirigenza Unità Funzionali Complesse nella Salute Mentale

L'Ordine degli Psicologi della Toscana ha presentato ricorso al TAR contro il concorso bandito da ESTAV Centro, su indicazione della ASL 10 Firenze, per il reclutamento di tre medici cui affidare la direzione delle tre Unità Funzionali Complesse che costituiscono articolazione del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda. Il bando di concorso è riservato ai soli medici psichiatri e proprio questo è il punto su cui si basa il ricorso da parte dell'Ordine degli Psicologi: il fatto che il concorso non sia aperto anche agli psicologi ma solo ai medici. Secondo gli psicologi, infatti, la direzione delle Unità Funzionali Complesse dovrebbe essere aperta paritariamente a medici e psicologi. L'Azienda Sanitaria di Firenze, invece, ritiene che la multiprofessionalità tipica delle Unità Funzionali di Salute Mentale debba essere coordinata e diretta da un medico psichiatra che funga da catalizzatore dei contributi di ogni professionista operante nell'Unità, e che solo il medico psichiatra possa assumersi la responsabilità ultima del percorso socio-sanitario-riabilitativo deciso in sede di Unità Funzionale. L'Ordine dei Medici di Firenze interverrà nel giudizio davanti al TAR a sostegno della posizione della ASL 10 di Firenze per difendere i diritti e le prerogative della categoria medica.

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

FEDERICO NAPOLI

Modigliani da Livorno al successo

La sfavillante stagione dell'arte a Parigi nei primi decenni del Novecento rivive nella mostra "Amedeo Modigliani et ses amis", allestita presso i locali della Fondazione Palazzo Blu, a Pisa. In quegli anni, Montparnasse e Montmartre sono i luoghi di ritrovo degli artisti che sperimentano espressioni diverse rispetto al passato, accostando fra loro l'aggressività fauves e il Cubismo, l'astratto, Dadà e i surrealisti. Specie dopo la fine della Prima guerra mondiale, danza musica (jazz) e pittura si sommano in una miscela che dà la misura di un'atmosfera culturale eclettica, ampia e diffusa. In questo clima parigino effervescente, giunge Amedeo Modigliani nel 1906; il pittore Osvaldo Licini così descrive il loro primo incontro: "Vidi venire un giovane pallido vestito di velluto grigio, senza cappello e con un fazzoletto al collo, che aveva l'aria di un poeta e di un teppista insieme: qualcosa di molto tragico e fatale".

Agli inizi del Novecento il pittore livornese (nato nel 1884) ha ancora una formazione classica – già all'età di 14 anni ha studiato presso il pittore Guglielmo Micheli, allievo di Fattori: è una sezione della mostra pisana –, con l'aggiunta di riflessioni sulla Secessione viennese, dovute al prolungato soggiorno a Venezia (1903-05). Ma, giunto a Parigi, è rapido l'evolversi verso suggestioni registrate prima da Toulouse-Lautrec, poi da Cézanne – in mostra, "Ritratto di Jean Alexandre" –, quindi da un successivo (diffidente) rapporto con il Cubismo di Braque e Picasso, incontrati alla trattoria "Lapin Agile": in molti sfondi dei ritratti appaiono scansioni lineari – "Ritratto di Dédie" –. La frequentazione con Brancusi incrociato nei caffè parigini – a questa conoscenza, in mostra è dedicato un'intera sezione – lo porta a praticare la scultura, influenzata dall'arte antica e primitiva, dall'arte nègre – "Testa femminile" (1912) –; alcuni disegni – "Cariatide" (1914) – documentano questa passione.

Indicativamente dal 1913, l'espressione artistica di Modigliani si fa più personale, stilizzata, sintetica, con un pizzico di elegante

decadentismo: i ritratti presentano i caratteristici colli allungati con spalle arrotondate e volti ovali (echi della Secessione); la ricerca è spiccatamente formale, capace di testimoniare l'emozione della linea disegnativa, le figure sempre silenziose e non sorridenti, mai colte in azione – il pittore dice: "Cerco l'inconscio" –. Nel 1918 il collezionista Francis Carco scrive: "Nudi e ritratti, non vedremo mai, penso, Modigliani affrontare altri temi. Ma bastano a nobilitare la sua arte". Negli anni, questi soggetti si ripetono – "Lolotte" (1917), "Gaston Modot" (1918) – in un approfondimento compositivo e psicologico che durerà fino alla sua morte, sopraggiunta nel 1920.

"Amedeo Modigliani et ses amis" annovera anche opere degli artisti a lui vicini in Italia e in Francia: Oscar Ghiglia ("Nudo di donna"), Picasso, Leger, Chagall ("La coppia"), Derain ("Ritratto di Modigliani"), Utrillo, Valadon, Soutine, Severini. Le opere esposte, circa un centinaio, in massima parte provengono dal Centre Pompidou e sono ordinate in mostra (fino al 15 febbraio 2015) dal curatore Jean Michel Bouhours.

Inevitabile (?) l'ambigua musealizzazione delle tre false teste di Modi scolpite nel 1984 con un Black & Decker da quattro burloni livornesi ed esposte a cura di Paola Raffaella David e Dario Matteoni nei locali del Museo Nazionale San Matteo di Pisa, con il titolo "I falsi modigliani". Interessanti, invece, le iniziative annesse alla mostra di Palazzo Blu, fra le quali "Modigliani e il cinema" e lo spettacolo "Enigma su tela, un maestro in cerca di se stesso".

Amedeo Modigliani et ses amis

Fondazione Palazzo Blu
(Lungarno Gambacorti 9, Pisa)
Fino al 15 febbraio 2015

orario: lu/ven 10,00-19,00; sab/dom 10,00-20,00

ANTONIO PANTI

L'invenzione della colpa

Il rapporto della "Commissione Europea sulla Sicurezza dei Pazienti", pur riconoscendo gli sforzi compiuti da molti paesi tra cui l'Italia, raccomanda agli Stati membri di sviluppare politiche di sicurezza e sistemi di segnalazione degli eventi avversi e degli errori medici e di informare i pazienti sulle norme di sicurezza. L'indagine "Eurobarometro" segnala che il 57% degli italiani teme di subire danni in ospedale, anche se solo il 13% dichiara di averli subiti o di esserne a conoscenza. Il 48% di coloro che ritengono di aver subito un danno si rivolgono all'avvocato, anche se nel 37% dei casi il preteso evento avverso non ha provocato conseguenza alcuna. Questo dato è coerente con altre indagini che dimostrano che molte richieste di risarcimento sono insistenti mentre molti danni reali non sono segnalati. Oltre un quinto dei pazienti ha ricevuto scuse anche se queste sono accolte a seconda dell'*animus* del cittadino. Siccome la sicurezza dei pazienti è il risultato di un'assistenza di alta qualità, possiamo serenamente affermare che i medici hanno dedicato molta attenzione ai problemi del rischio clinico e che le organizzazioni sanitarie danno molto spazio al management della sicurezza.

Nello stesso tempo il "Rapporto ANIA" (l'associazione delle società assicurative) rileva come diverse Regioni hanno seguito l'esempio della Toscana autoassicurandosi. L'ANIA sostiene che così i risarcimenti sono più lenti e il personale corre maggiori rischi, affermazione che contrasta con i dati regionali e nazionali. L'ANIA fa notare che il mercato assicurativo sanitario è dominato da un'impresa USA, che il numero delle richieste di risarcimento è lievemente diminuito e che il rapporto tra sinistri e premi, comprese le riserve, si è attestato sul 122%, meno del previsto. L'ANIA lascia intendere che vorrebbe riprendersi questo mercato, a dimostrazione che la Toscana aveva ragioni da vendere. Tuttavia l'ANIA pone alcune precise condizioni per l'adeguamento del sistema italiano di gestione del rischio a quello degli altri paesi. Molte questioni sono note: manca un tetto alla risarcibilità, mancano linee guida validate, mancano procedure omogenee di gestione della sicurezza del paziente ma, e più che altro, vi è un "*approccio atipico dei tribunali italiani nel definire i casi di malasanità*" che incrementa le preoccupazioni dei medici e quindi il ricorso alla cosiddetta medicina difensiva. Si stima che il sistema assicurativo costi circa 500 milioni di euro all'anno

mentre la medicina difensiva incida per quasi l'un per cento della spesa globale (15 miliardi di euro).

Solitamente in Europa sono indennizzati i danni subiti per errore medico che il paziente deve dimostrare. In Italia è esattamente il contrario. Inoltre la mancanza di linee guida validate lascia il medico in balia dei periti e dei pregiudizi del magistrato (Stamina e Di Bella *docent*). Le cause civili durano molti anni e ad oggi quasi 4 milioni di procedimenti sono ancora pendenti. Quando non si trova accordo infine occorre dimostrare la "colpa" professionale del medico che nel nostro paese è una figura penale. Si innesca così un procedimento costosissimo e lunghissimo, zeppo di eccezioni e garbugli procedurali, che termina quasi sempre con l'assoluzione del medico che spesso, tuttavia, deve ugualmente risarcire il danno. Si tratta, tra premi, risarcimenti, riserve, costi processuali, perizie e notule legali, di una montagna di denaro che grava sul servizio e sui medici ed è fonte di guadagno per altre umane attività.

Purtroppo questo è un paese in cui si confonde la verità giudiziaria (ammesso che esista) con la verità scientifica. Il ricorso al giudizio penale in medicina raggiunge in realtà un solo scopo, quello di far sì che i medici si sottraggano, per ovvio timore della responsabilità penale, alla ricerca professionale delle cause e all'analisi tecnica dei fatti. Questo sì che è un danno per i pazienti. Ma tutto ciò rende arduo trovare soluzioni: la più importante sarebbe l'abolizione del concetto giuridico di colpa medica. Chi sbaglia risarcisce il danno perché l'evento avverso non è stato casuale o imprevedibile bensì provocato da imperizia, negligenza o imprudenza. Ma non vi è motivo perché ne discenda un giudizio penale che, quasi sempre, non si fonda neppure su strumenti idonei. Solo in caso di disaccordo tra le parti, dopo espletata ogni forma di conciliazione, si potrebbe ricorrere al civile, ovviamente dopo aver reso più scorrevole questo strumento. Ma ora che la legge obbliga il professionista ad assicurarsi (e il discorso vale anche per chi è tutelato dal servizio), occorre risolvere molti problemi, compreso il tetto ai risarcimenti e le regole perché il contratto non sia soltanto nelle mani dell'assicuratore, ma, e più che altro, occorre riformare il codice nell'interesse dei pazienti, oggi più danneggiati che favoriti da questo aberrante sistema. **TM**

PAOLO BONANNI¹, LUCIANO GABBANI², SAFFI GIUSTINI³,
ROCCO MEDIATI⁴, MARIA GRAZIA SANTINI⁵

Il fuoco di Sant'Antonio

Per una malattia antica, un nuovo vaccino

TOSCANA MEDICA – *La nevralgia post-erpetica, situazione potenzialmente molto invalidante, rappresenta ancora oggi una conseguenza temibile di una malattia per molti aspetti "antica" e ben conosciuta fin dall'antichità. Modernamente quale è oggi l'epidemiologia dell'infezione da herpes zoster (HZ) e come si quantificano i suoi costi economici e sociali?*

SANTINI – In Italia si stimano oltre 150.000 casi annui e questo dato conferma l'importanza epidemiologica di una malattia ancora oggi, a livello di percezione comune, forse non compiutamente riconosciuta.

L'incidenza dell'HZ è simile in tutto il mondo; l'andamento della stessa correla con l'età della popolazione, risultando pari a 2-3 casi /1000 persone/anno nella fascia di età 20-50 anni, a 5/1000 nella sesta decade di vita, a 6-7/1000 nella settima-ottava decade di vita^{1,2}. Si stima che nel corso della propria vita, almeno il 25% dei soggetti avrà un episodio di HZ; i due terzi dei casi mondiali si verifica in soggetti >50 anni di età. In rapporto all'incremento della popolazione anziana e fragile, in futuro si registrerà un incremento della casistica³. Si è calcolato che il 90% dei pazienti con HZ non è affetto da immunocompromissione.

Negli Stati Uniti si diagnosticano circa 1 milione di casi all'anno, così come succede in Europa.

In Italia l'infezione da HZ è una malattia infettiva soggetta a notifica, però purtroppo inserita in quella classe V che raccoglie le patologie a torto ritenute "meno gravi". Nel nostro Paese si tratta pertanto di una condizione pressoché sconosciuta ai meccanismi di notifica. Dei dati epidemiologici attendibili possono però essere

ricavati da altre fonti, quali ad esempio le Schede di Dimissione Ospedaliera e gli studi (anche retrospettivi) realizzati sia nell'ambito ospedaliero che della Medicina Generale. È stato pertanto possibile stabilire che ogni anno in Italia, si verificano circa 157.000 nuovi casi di zoster con un'incidenza di 6,3/1.000/anno. La PHN colpisce il 10-20% dei pazienti (secondo alcune stime fino ad un terzo) che hanno presentato una manifestazione acuta. In Europa la PHN si verifica nel 6,5%-38% (a 1 mese) e 2,6-27% (a 3 mesi) dei casi di HZ⁴. Uno studio prospettico condotto sul territorio nazionale in collaborazione con i Medici di Medicina Generale ha dimostrato che il 20,6% ed il 9,2% dei pazienti >50 anni di età con HZ presentava PHN a 3 e 6 mesi, rispettivamente, nonostante il trattamento antivirale precoce (iniziato entro le 72 ore dalla comparsa del rash cutaneo). In base anche a questo studio risulta confermato che il burden di HZ/PHN aumenta con l'aumentare dell'età e che HZ/PHN impattano notevolmente sulla qualità di vita dei pazienti^{5,6,7,8}.

Per quanto riguarda la questione economica si può dire che la terapia domiciliare di un singolo caso di HZ costa approssimativamente 180 Euro che arrivano facilmente a 4.000 in caso di ricovero in ospedale: considerando che in Italia ogni anno i ricoveri per HZ sono circa 5.000 (4.500 in regime ordinario e 500 in "Day hospital"), i conti sono presto fatti.

MEDIATI – Sempre in tema economico I costi dell'infezione da HZ sono in gran parte legati alla sua componente dolorosa, presente sia nella fase acuta, vescicolare, della malattia che, soprattutto, come complicanza tardiva (presente in circa un terzo dei soggetti colpiti), rappresen-



Paolo Bonanni



Luciano Gabbani



Saffi Giustini

¹ Whitley RJ, Volpi A, McKendrick M, Wijck AV, Oaklander AL. management of herpes zoster and post-herpetic neuralgia now and in the future. *J Clin Virol* 2010; 48(S1): S20-8.

² Pichinat S, Cebrián-Cuenca AM, Bricout H, Johnson RW. Similar herpes zoster incidence across Europe: results from a systematic literature review. *BMC Infect Dis* 2013; 13: 170.

³ Pichinat S, Cebrián-Cuenca AM, Bricout H, Johnson RW. Similar herpes zoster incidence across Europe: results from a systematic literature review. *BMC Infect Dis* 2013; 13: 170.

⁴ Opstelten W, Mauritz JW, de Wit NJ, van Wijck AJ, Stalman WA, van Essen GA. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: incidence and risk indicators using a general practice research database. *Fam Pract* 2002; 19(5):471-5.

⁵ Franco E, Perinetti E, Marchettini P, et al. Proportion of post herpetic neuralgia among patients with herpes zoster in Italy - a multicenter prospective observational study (Heroes study). *EUGMS Venice 2-4 Oct 2013, Poster session.*

⁶ Sampathkumar P, Drage LA, Martin DP. Herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. *Mayo Clin Proc* 2009; 84: 274-80.

⁷ Johnson RW. Herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Expert Rev Vaccines* 2010; 9(S3): 21-6.

⁸ Watson P. Postherpetic neuralgia. *Am Fam Physician* 2011; 84: 690-2.

¹ Ordinario di Igiene, Università degli Studi di Firenze

² Direttore SOD Agenzia Geriatrica, AOU "Careggi", Firenze

³ Medico di medicina generale a Pistoia, consulente AIFA.



Rocco Mediatì



Maria Grazia Santini

tata dalla nevralgia post-erpetica. I costi umani e sociali della malattia sono pertanto davvero molto pesanti.

Lo studio italiano di Gialloreti et al. del 2010 riporta che i costi totali annuali in Italia ammontano a 41,2 milioni di Euro. L'impatto della patologia in termini di perdite di produttività è pari a €13 milioni che rappresentano il 31,6% dell'impatto economico totale. I costi diretti dell'HZ ammontano a €28,2 milioni, mentre €1,5 milioni si riferiscono ai costi diretti della PHN. Dei 13 milioni di Euro di costi indiretti, €12,2 milioni sono attribuibili all'herpes zoster. I costi relativi all'assistenza ambulatoriale contano circa il 75,2% delle spese totali per HZ o PHN. Lo studio osservazionale condotto in Piemonte da Di Legami et al. nel 2007 riporta che il costo per ogni caso di HZ osservato è pari €136, mentre il costo per caso trattato è di €361. Gli antivirali (principalmente acyclovir e valacyclovir) rappresentano i 2/3 del costo totale. Se i casi vengono ospedalizzati, il costo medio per singolo caso sale a €4.083 per una degenza media di circa 16 giorni.

GABBANI – L'infezione da HZ è certamente molto frequente, con una incidenza di popolazione che varia dal 3 al 4%, con picchi significativi dopo i 50-60 anni di vita. Nel bambino la sua incidenza è di circa l'1‰ contro il 50% degli ultraottantacinquenni che in qualche modo hanno avuto a che fare con questa situazione nel corso della loro vita.

L'Herpes Zoster e la nevralgia post-erpetica sono patologie frequenti nel paziente anziano, nel quale spesso si caratterizzano per espressioni cliniche particolarmente gravi e invalidanti.

I costi dell'infezione da HZ sono essenzialmente legati alla sua componente dolorosa, presente sia nella fase acuta, vescicolare, della malattia che, soprattutto, come complicanza tardiva (presente in circa un terzo dei soggetti colpiti), rappresentata dalla nevralgia post-erpetica.

La situazione tende per lo più a cronicizzarsi con una sintomatologia dolorosa importante e di difficile trattamento, altamente invalidante con serie ripercussioni sulle attività quotidiane come il lavarsi ed il vestirsi e con la comparsa molto frequente di comprensibili stati depressivi associati.

Nel soggetto anziano se la riduzione dell'immunità cellulo mediata può essere considerata un fattore predisponente, le carenze nutrizionali, la comorbilità e la conseguente politerapia, le situazioni di disagio sociale o di abbandono, la presenza di stati depressivi, di limitazioni preesistenti dell'autonomia funzionale, sono caratteristiche che spesso si rilevano nel paziente anziano "fragile". È importante che il medico valuti attentamente la presenza di queste situazioni che possono condizionare pesantemente, in senso negativo, il decorso dell'Herpes Zoster sia nella fase acuta che nei casi di nevralgia post-erpetica.

Non farlo può avere come conseguenza un incremento dei costi sociali e sanitari.

TOSCANA MEDICA – Prof. Bonanni, quali sono le più recenti acquisizioni in tema di rapporti tra i virus HZ e varicella?

BONANNI – Il virus HZ appartiene alla famiglia degli herpes virus e caratteristicamente permane nell'organismo ospite in seguito alla prima infezione che è rappresentata dalla varicella, localizzandosi nei gangli sensoriali con la tendenza a preferire quei dermatomeri in precedenza interessati dall'episodio varicelloso.

Secondo alcune istanze recentissime e non ancora del tutto confermate, sembra che quanto più abbondante sia l'eruzione vescicolare della varicella in un dato distretto anatomico, tanto maggiore sia la carica virale presente nel ganglio di riferimento con conseguente aumento della possibilità di sviluppare un'infezione da HZ in età più avanzata.

Ovviamente anche tutte quelle condizioni che possono provocare una riduzione dell'immunocompetenza (come ad esempio quella cellulomediata dell'anziano ricordata in precedenza) possono essere responsabili della comparsa dell'infezione da HZ.

TOSCANA MEDICA – Può succedere che un paziente sviluppi un'infezione da HZ senza avere in precedenza manifestato la varicella?

BONANNI – Teoricamente è possibile perché la varicella presenta un'espressività clinica estremamente ampia anche se la maggior parte si casi si manifesta con la classica sintomatologia da tutti ben conosciuta. È comunque descritta la situazione di alcune persone che, seppure essendo certe di non avere mai avuto la varicella, opportunamente studiate hanno invece dimostrato un pregresso contatto con il virus, ovviamente decorso in maniera clinicamente pauci- o addirittura asintomatica. In altre parole, avere avuto in precedenza un'infezione primaria da VZV è condizione indispensabile per manifestare l'Herpes zoster. Può accadere raramente che una persona che ha avuto un'infezione da varicella non la ricordi, se ha avuto un decorso particolarmente mite.

GABBANI – Oggi quasi il 98% della popolazione presenta comunque una risposta anticorpale all'infezione per cui è evidente che la diffusione del virus è praticamente ubiquitaria.

BONANNI – Mi ricollego a quanto detto adesso dal dottor Gabbani per ricordare che alcuni dati sieroepidemiologici recenti hanno dimostrato che la risposta anticorpale, seppure molto frequente a livello di popolazione, presenta tuttavia delle differenze significative tra Paese e Paese. Secondo questi dati l'Italia sembra essere il Paese europeo nel quale la varicella si diffonde

⁴ Dirigente SOD Terapia del Dolore e Cure Palliative, AOU "Careggi", Firenze

⁵ Direttore UO Igiene e Sanità Pubblica, ASL 10 di Firenze

de di meno, con conseguente minore presenza di anticorpi nei soggetti di età adulta rispetto a quanto avviene, ad esempio, in Olanda dove la varicella colpisce i bambini in età estremamente precoce.

È stato ipotizzato che queste differenze possano essere in parte legate al fatto che nei Paesi nordici i bambini generalmente vengono mandati a scuola prima di quanto non avvenga in Italia, dove viene in questo modo messa in pratica una sorta di difesa contro i contatti legati all'ingresso in comunità. Da noi il contatto con il virus sarebbe quindi ridotto e posticipato nel tempo, permettendoci di eseguire la vaccinazione anti-varicella con maggiore "tranquillità" e margine di tempo, dal momento che non appare così indispensabile raggiungere velocemente coperture molto elevate nella popolazione pediatrica.

SANTINI – Alcuni studi sembrano avere dimostrato che la precocità di comparsa della varicella (soprattutto al di sotto dei 18 mesi di età) appare direttamente legata alla possibilità di comparsa di forme di HZ particolarmente virulente in età adulta. Lo stesso sembra dimostrato per l'esposizione al virus durante la vita intrauterina.

Tornando a parlare per un attimo della vaccinazione antivariella, volevo ricordare che la presenza del virus nelle vescicole dell'HZ rappresenta una fonte di infezione per le persone suscettibili che stanno accanto al paziente. Per questo appare ancora più importante la notifica dei casi di zoster da parte dei medici di famiglia, al fine di permettere alla Sanità pubblica di ricercare e vaccinare contro la varicella i contatti ancora suscettibili, soprattutto se sono presenti in casa bambini molto piccoli o soggetti per differenti motivi immunodepressi.

TOSCANA MEDICA – *È sempre e comunque vero che la diagnosi di infezione da HZ è facile e di agevole acquisizione?*

GABBANI – La diagnosi può porre qualche problema, soprattutto quando ad un'eruzione vescicolare non particolarmente evidente si associano sintomi aspecifici quali dolori addominali

e retrosternali, coliche renali, aree di iperestesia cutanea non meglio precisabili da parte del paziente, dolore importante in determinate sedi dermatomeriche in prossimità di elementi vescicolari appena visibili.

Ovviamente la questione della diagnosi precoce si collega strettamente a quella della terapia, nel senso che è ormai risaputo che l'efficacia dei farmaci antivirali, soprattutto in ottica preventiva nei confronti della nevralgia post-herpetica, deve essere iniziata il più precocemente possibile.

MEDIATI – Secondo la mia esperienza, in molti casi la diagnosi corretta si acquisisce tardivamente, soprattutto se non si tiene presente che la malattia si manifesta prima con la sua componente dolorosa e solo successivamente compaiono le vescicole. Esistono delle localizzazioni per così dire inconsuete che rendono difficile il corretto inquadramento della malattia, come per esempio succede nella sindrome di Ramsay Hunt (infezione da HZ a carico del ganglio genicolato) che può essere scambiata per una più o meno banale otite, magari a risoluzione spontanea, senza che nessuno pensi ad andare a cercare le vescicole all'interno del condotto uditivo esterno. La tardività della diagnosi, purtroppo, può incidere in modo importante sull'insorgenza della nevralgia post-herpetica, in quanto, come è già stato detto la prima linea di difesa contro questa sindrome dolorosa cronica è costituita dalla terapia antivirale.

GIUSTINI – Il medico di famiglia è il professionista che per primo vede e ascolta il paziente che "cova" uno Zoster o manifesta i primi sintomi e deve intervenire al più presto.

Alla comparsa dei primi sintomi (arrossamento ristretto della pelle con bollicine e dolore urente) iniziare una terapia con farmaci anti virali, da proseguire per 7-10 giorni, ed analgesici, da assumere fino alla scomparsa del dolore.

Non deve assolutamente essere perso tempo prezioso tentando rimedi tradizionali di nessuna efficacia scientifica e il tempo perduto è sottratto ad una efficace terapia che deve essere iniziata precocemente per ridurre la possibilità che si

Dati di efficacia ed effectiveness del vaccino anti herpes zoster, derivante dagli studi clinici SPS e ZEST e dagli studi osservazionali post marketing

		EV HZ	EV PHN
Studi clinici (RCT- efficacia)			
	<i>Oxman 2005¹ (SPS - >60 anni)</i>	51,3%	66,5%
	<i>Schmader 2012² (ZEST - 50-59 anni)</i>	69,8%	-
Studi osservazionali (effectiveness)			
	<i>Tzeng 2011³ (>60 anni)</i>	55%	-
	<i>Langan 2013⁴ (>65 anni)</i>	48%	59%
	<i>Zhang 2012⁵ (>65 anni)</i>	49%	-

EV: efficacia vaccinale

SPS: Shingle prevention study

ZEST: zoster efficacy and safety trial

instauri la nevralgia post-herpetica

Inoltre il tempo perduto per tali pratiche è spesso sottratto ad una efficace terapia che deve invece essere iniziata precocemente anche per ridurre la possibilità che si instauri la temibile nevralgia post-herpetica

Se il dolore è particolarmente severo e/o il paziente è anziano (ultra 65enne), può essere utile inviare entro i primi 10-15 giorni dall'inizio della malattia ad un servizio di terapia del dolore per eseguire una infiltrazione epidurale antalgica con anestetici locali e cortisonici, in grado di attenuare il dolore e soprattutto impedirne la cronicizzazione.

TOSCANA MEDICA – *Quale è lo stato dell'arte della terapia dell'infezione da HZ e della nevralgia post-herpetica?*

GABBANI – Gli antivirali, molecole ormai da lungo tempo utilizzate, devono essere impiegate soprattutto se il paziente appare in qualche maniera immunodepresso ed è stata oggi chiaramente dimostrata l'efficacia della loro somministrazione precoce, in particolar modo in associazione con gli antidepressivi triciclici.

Alcuni problemi sorgono tuttavia, ad esempio, per quanto riguarda la via di somministrazione: l'aciclovir infatti assunto per os ha una biodisponibilità non superiore al 20%.

MEDIATI – Si tratta di terapie che si sono profondamente modificate soprattutto nel corso degli ultimi dieci anni. Basta pensare che esistono scuole di pensiero che propongono l'analgesia peridurale metamERICA con anestetico locale e cortisonici al fine di ridurre l'intensità e la durata della sintomatologia dolorosa.

Negli ultimi 10 anni abbiamo avuto a disposizione un numero sempre maggiore di farmaci efficaci nel trattamento di questa patologia, primi fra tutti gli antiepilettici ed in particolare canali del Calcio voltaggio-dipendenti. In questa classe di molecole rientrano: il Gabapentin, che ormai ha dimostrato ampiamente di avere davvero modificato l'approccio terapeutico a questa malattia, e il Pregabalin, molecola più nuova che sta dando buoni risultati.

Attualmente la nevralgia post-herpetica deve essere inquadrata nel più ampio settore del dolore neuropatico, quello cioè che origina da una lesione o da una disfunzione del Sistema Nervoso e la sua terapia si basa sulle indicazioni fornite da numerose linee-guida nazionali ed internazionali elaborate da Società scientifiche di neurologi, anestesisti, ecc.

Tutte queste linee-guida sostanzialmente indicano come farmaci di prima scelta gli antidepressivi (in particolare i triciclici) e gli antiepilettici, per passare poi ad associazioni con oppioidi "deboli" oppure, in caso di insuccesso, oppioidi "forti" anche ad alto dosaggio. In casi particolari sono poi indicate anche delle associazioni terapeutiche con farmaci per i quali in Letteratura

ancora non esistono prove di efficacia specifica per questa patologia.

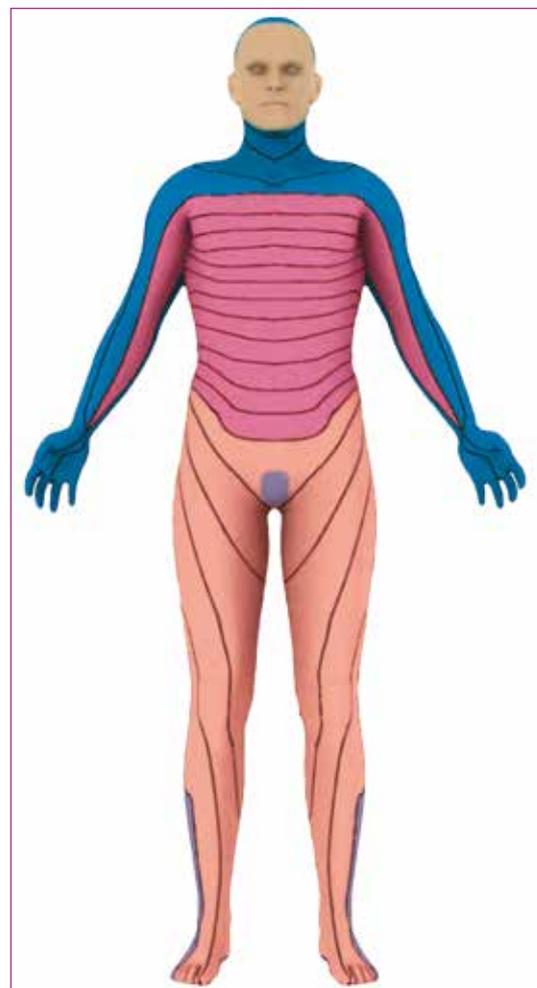
Evidentemente siamo di fronte a terapie complesse, di difficile gestione, in grado di influire pesantemente sulla qualità della vita di soggetti per lo più anziani e verosimilmente con importanti comorbilità associate.

Per fornire un quadro il più possibile esaustivo delle possibilità terapeutiche oggi disponibili, vorrei ricordare che esistono anche opzioni più "aggressive", come la stimolazione elettrica mi-dollare o il ricorso a terapie neurolesive.

Tutte le terapie oggi disponibili, comunque, non sono in grado di prevenire la nevralgia post-herpetica.

TOSCANA MEDICA – *Esistono dimostrazioni scientificamente certe che altri approcci terapeutici di natura non convenzionale possano essere di qualche utilità, per esempio l'omeopatia oppure l'agopuntura?*

MEDIATI – Per quanto di mia conoscenza, solo l'agopuntura è sembrata potere essere di qualche utilità in questo tipo di patologia, non



Suddivisione delle aree corporee in dermatomeri. I dermatomeri rappresentano le aree cutanee innervate da una radice nervosa sensitiva.

vi sono dimostrazioni chiare di efficacia di altre terapie complementari.

TOSCANA MEDICA – *Sempre per rimanere in tema di terapia, è disponibile sul mercato un vaccino di nuova concezione. Prof. Bonanni?*

BONANNI – Il vaccino anti HZ agisce contrastando la riattivazione e replicazione virale del VZV, già presente e latente all'interno dei gangli nervosi delle radici sensitive del midollo spinale e craniale. Il vaccino agisce in maniera differente rispetto ad altri vaccini *in quanto previene la malattia causata da un agente etiologico latente nell'organismo e non una malattia causata da un agente etiologico infettivo che proviene dall'esterno*. A dire la verità non si tratta proprio di una novità assoluta nel senso che l'origine di questo vaccino è dallo stesso ceppo "Oka" di virus attenuato che è servito per la produzione del vaccino contro la varicella disponibile ormai da tanti anni.

La novità importante consiste invece nel fatto che la formulazione di questo vaccino prevede una dose molto più elevata, circa 14 volte, di quella normalmente impiegata in quello antivari-cella destinato ai bambini, agli adolescenti ed agli adulti che non abbiano mai avuto contatto con il virus, secondo quanto riportato nello Studio SPS (Shingles Prevention Study) comparso sul "New England Journal of Medicine".

Questo trial, costruito non solo per verificare la diminuzione eventuale dei casi di infezione da HZ ma anche la capacità di prevenzione nei confronti del carico di malattia rappresentato dalla nevralgia post-erpetica, ha coinvolto circa 38.000 soggetti in differenti parti degli Stati Uniti, di cui metà sono stati trattati con il vaccino e l'altra metà con un placebo. I dati hanno dimostrato che con la vaccinazione si è ottenuta una riduzione del carico complessivo di malattia di circa il 61%, che la nevralgia post-erpetica è risultata ridotta del 66% e che la diminuzione del numero dei casi di HZ nei vaccinati rispetto ai non vaccinati è stata globalmente del 51%.

Altre considerazioni interessanti provenienti dallo Studio SPS possono essere riassunte nel modo seguente: con il vaccino la malattia viene prevenuta più efficacemente nei soggetti più giovani rispetto a quelli più anziani e che tuttavia in questi ultimi, in caso di infezione, si hanno per lo più forme clinicamente più leggere e di minore impegno terapeutico.

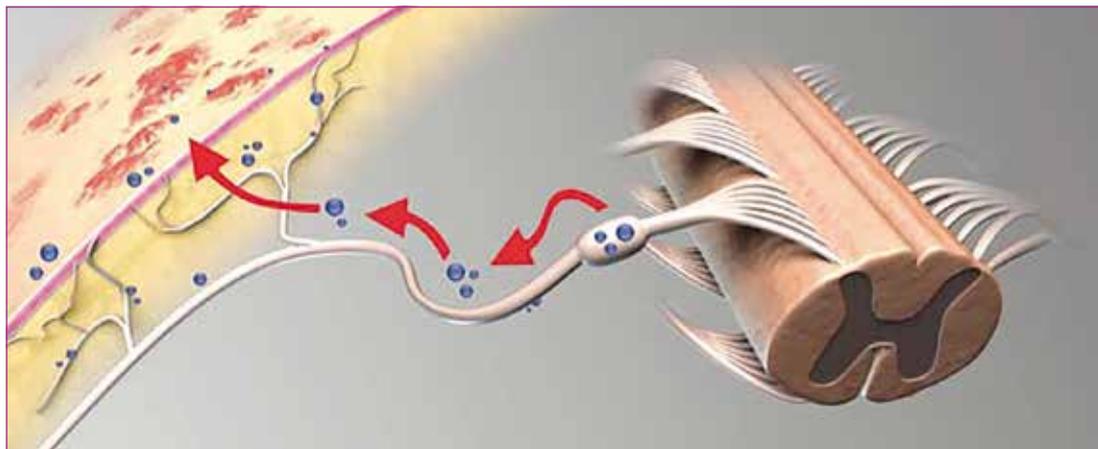
Sono anche disponibili dati di efficacia di campo, derivanti soprattutto dall'esperienza d'uso del vaccino negli USA: i dati raccolti confermano l'efficacia clinica del vaccino e confortano circa la sicurezza d'uso dello stesso.

I risultati dimostrano che il vaccino potrebbe davvero rappresentare uno strumento molto importante per la gestione complessiva di questa patologia, soprattutto in termini di miglioramento di qualità della vita dei soggetti affetti.

TOSCANA MEDICA – *Quale è il target di riferimento del vaccino e come si deve correttamente impiegare?*

SANTINI – Il vaccino anti HZ, somministrato in un'unica dose, è indicato per la prevenzione dell'Herpes Zoster (HZ) e della nevralgia post-erpetica (PHN) nei soggetti di età pari o superiore ai 50 anni. Non è un vaccino terapeutico e non è indicato per il trattamento dell'HZ o della PHN; non è indicato per la prevenzione dell'infezione primaria da varicella e non deve essere usato nei bambini e negli adolescenti.

Il vaccino è sicuro anche in soggetti VZV-sieronegativi e può essere somministrato indipendentemente dall'anamnesi di varicella. Il target ideale per una strategia vaccinale è rappresentato dal soggetto di età uguale o superiore ai 60 anni, anche se chiunque, al di sopra dei 50 anni, può essere sottoposto alla vaccinazione. La vaccinazione anti-Zoster è controindicata nei soggetti che presentino una delle seguenti condizioni: stati di immunodeficienza primaria ed acquisita dovuti a leucemia acuta o cronica, linfoma o altra patologia che coinvolge il midollo osseo o il sistema linfatico, immunosoppres-



Rappresentazione grafica della riattivazione del VZV latente all'interno del ganglio nervoso sensitivo della radice posteriore di un nervo spinale. Il VZV dopo la riattivazione si replica e per via retrograda segue la terminazione nervosa sensitiva periferica sino al dermatomero corrispondente.

sione dovuta ad HIV/AIDS, immunodeficienza cellulare; terapia immunosoppressiva in corso (inclusi corticosteroidi ad alto dosaggio), l'uso di questo vaccino non è invece controindicato negli individui in trattamento corticosteroidi per uso topico/inalatorio o corticosteroidi sistemici a basso dosaggio, o in pazienti che stiano ricevendo corticosteroidi come terapia sostitutiva, ad es. per insufficienza surrenalica;

Dal punto di vista della strategia di Sanità Pubblica può essere associato al vaccino antiinfluenzale: ciò consente evidenti vantaggi quali una maggiore adesione dei soggetti e una migliore organizzazione dell'offerta da parte del medico. Si tratta inoltre di un vaccino, oltre che efficace, anche sicuro con il riscontro di veramente limitati casi di reazioni generali. Infine gli studi disponibili hanno dimostrato un'efficacia persistente con un periodo di follow-up attualmente fino a 10 anni.

GIUSTINI – In sintesi il vaccino anti-varicella è importante soprattutto per:

- medici e infermieri,
- persone che si occupano, anche professionalmente, dei pazienti con sistema immunitario compromesso,
- insegnanti,
- educatori e persone che entrano in contatto coi bambini,
- residenti e personale delle strutture che

ospitano bambini,

- studenti delle superiori e dell'università,
- ospiti e personale dei riformatori,
- militari,
- donne in età fertile, ma non incinte,
- adolescenti e adulti che entrano in contatto coi bambini,
- persone che compiono viaggi internazionali.

Alcuni pazienti con sistema immunitario compromesso e che non sono immuni dalla varicella possono essere sottoposti al vaccino previo parere positivo del medico; tra di essi ricordiamo i pazienti:

- colpiti dal virus HIV,
- affetti da tumore in fase di remissione,
- che assumono cortisonici, a basse o alte dosi.

TOSCANA MEDICA – *Ma, valutando la questione dal punto di vista economico, sarebbe opportuno vaccinare proprio tutti gli ultrasessantenni, anche chi per esempio abbia già in precedenza avuto una infezione da HZ?*

BONANNI – Vaccinare una persona che abbia già sofferto di una infezione da HZ non si può considerare una controindicazione, quanto piuttosto un'azione di verosimile scarsa utilità dal momento che se un soggetto ha incontrato il virus, dovrebbe aver avuto un richiamo della pro-

Rappresentazione grafica delle vescicole cutanee e dell'eritema che si manifestano nella fase acuta dell'herpes zoster, in seguito alla riattivazione e replicazione del VZV.



pria immunità cellulo mediata anti-VZV. In ogni caso la vaccinazione di un soggetto che ha già avuto lo zoster è stata studiata ed è possibile.

Ricordando che si tratta di un vaccino vivo attenuato a dosaggio elevato, ci sono senza dubbio delle situazioni nelle quali il suo impiego non è certamente indicato come per esempio durante la gravidanza o nel soggetto, temporaneamente o definitivamente immunodepresso.

Per quanto riguarda l'aspetto economico, gli studi disponibili a livello internazionale dimostrano il favorevole profilo farmaco-economico del vaccino anti-herpes zoster. In Italia, uno studio di valutazione economica ha dimostrato che il programma di vaccinazione contro l'HZ e la PHN risulta costo-efficace sia nella prospettiva sociale, sia del terzo pagante nei soggetti tra 60 e 79 anni.

MEDIATI – A proposito dei costi, volevo ricordare che i farmaci oggi disponibili in Italia, come ad esempio gli antiepilettici, sono generalmente molto costosi ed infatti il loro impiego è regolato da apposita nota che peraltro tra le indicazioni riporta anche la nevralgia postherpetica.

GABBANI – Le aspettative nei confronti del vaccino sono molte. La letteratura riporta che sia necessario trattare ben 111 pazienti per impedire la comparsa di un solo caso, contro i 23 casi vaccinati per il vaccino antiinfluenzale. Nell'attesa di ulteriori dati di letteratura penso sia opportuno sottolineare che abbiamo già delle armi per limitare le ricadute di tale patologia nel paziente anziano e che resteranno indispensabili anche dopo l'eventuale introduzione del vaccino su larga scala. Di fondamentale importanza la precocità della diagnosi e l'accurata valutazione multidimensionale del paziente. Questa può fornire informazioni determinanti per la scelta delle

migliori strategie terapeutiche e di supporto assistenziale da mettere in atto nei pazienti anziani. Infine è necessaria molta accortezza nella scelta dei farmaci da impiegare nei vari livelli di malattia. Per esempio l'amitriptilina, antidepressivo triciclico molto usato in queste situazioni, appare essere quella dotata di un maggior effetto anticolinergico e quindi potenzialmente con un maggior impatto sulla sfera cognitiva, mentre gli antiepilettici e gli oppioidi possono aumentare il rischio di cadute nell'anziano. Situazioni di rischio che vanno bene analizzate prima di formulare le nostre scelte terapeutiche.

TOSCANA MEDICA – *Che valore terapeutico hanno i cerotti a rilascio transdermico di lidocaina?*

MEDIATI – Considerando l'aspetto fisiopatologico della nevralgia postherpetica (dolore neuropatico di tipo prevalentemente centrale), in teoria i trattamenti locali dovrebbero avere scarsa utilità. È però esperienza relativamente comune che alcuni di questi trattamenti riescono a dare al paziente un certo sollievo per periodi di tempo limitati. È il caso per esempio delle applicazioni locali di capsaicina oppure, lidocaina al 5% ora disponibile anche in cerotto, da impiegarsi sulla cute integra dopo la scomparsa delle vescicole.

Il concetto di fondo è che, comunque, i trattamenti locali possono potenziare ma non sostituire la terapia sistemica.

TOSCANA MEDICA – *Se si dovessero vaccinare tutti i sessantenni, secondo quanto prevedono alcune linee-guida, si dovrebbero affrontare dei costi davvero rilevanti. Ne varrebbe la pena?*

BONANNI – Ormai in tutto il mondo siamo arrivati alla conclusione che i soldi investiti nella prevenzione sono quelli meglio spesi ed anche

La segnatura e il fuoco di Sant'Antonio

C. Pedersen, in *En nöttelig Loegeborg* del 1534, riporta:

“Se qualcuno soffre del fuoco selvaggio' o 'fuoco cattivo', che è chiamato da molte persone fuoco di Sant'Antonio, fategli prendere dell' acetosa da triturare in piccoli pezzi, poiché il succo placa il calore e cura. Deve bere il succo; e anche l'acqua bollita con questa acetosa placa molto bene il calore e il fuoco eterno.

Prendi le foglie e la cortecchia del giovane susino. Triturala in piccoli pezzi e fa un impiastro per la sede della malattia.

Prendi la cortecchia dalla metà di una giovane quercia, e delle ghiande o ghiande verdi. Falle bollire in aceto, o acqua, e fa con questo un impiastro per lo stesso fuoco. Questo lo estingue, e cura.

Prendi del loriandro, trituralo in piccoli pezzi, e fa con esso un impiastro per la zona dolente, perché esso è molto buono.

Prendi una radice di giglio bianco. Arrostitiscilo e trituralo con essenza di rosa, e fa un impiastro. Lascia stare questo impiastro per lungo tempo sulla parte del fuoco e del calore, perché cura ed è molto utile. Puoi anche prendere la radice dell'erba chiamata 'morso del diavolo'. Triturala in piccoli pezzi, e mettila sulla stessa parte del fuoco. Lo estingue bene. Puoi triturare le foglie del papavero in aceto, e poi metterle sulla parte. Cura ed estingue molto bene”.

“Se l'arto di una persona è infiammato dal fuoco cattivo, che molte persone chiamano fuoco di Sant'Antonio, lascia che immerga un panno in acqua di piantaggine, perché lo estingue molto bene”.



nel caso della nevralgia postherpetica si può utilmente applicare questo assioma. Secondo me infatti va benissimo investire risorse per cercare di risolvere il meglio possibile la fase di acuzie di una malattia, però bisognerebbe anche considerare quanto si potrebbe risparmiare in futuro mettendo in pratica opportuni interventi per la sua prevenzione.

SANTINI – A mio parere il razionale di impiego del vaccino contro lo zoster dovrebbe esse-

re mirato soprattutto alla prevenzione di quelle complicanze (vedi la nevralgia postherpetica) che influiscono pesantemente sulla qualità di vita dei soggetti colpiti i quali, come abbiamo più volte detto, sono per lo più persone anziane e con molte patologie associate. Se un anziano in buone condizioni di salute è certamente un investimento per la società, allora gli interventi di prevenzione ai quali accennava adesso il prof. Bonanni non possono che essere del tutto condivisibili.

ANTONIO PANTI

Dall'esorcismo ai moderni vaccini, il lungo cammino della terapia dell'Herpes Zoster

Toscana Medica non aveva finora mai dato spazio a questa malattia, conosciuta fin dall'antichità, e priva di alcuna terapia specifica fino all'introduzione in commercio degli antivirali. Nonostante i recenti progressi nella cura, lo zoster rappresenta ancora un grave problema sociale. Si calcola, nonostante la lacunosa conoscenza di dati reali a causa della scarsa propensione dei medici a segnalare i casi disattendendo le disposizioni vigenti, che ogni anno si presentino in Italia circa 200.000 casi di cui una buona parte (circa 42.000) si cronicizzano nella temibile nevralgia postherpetica. Una complicanza importante perché, nei casi gravi, diviene un fattore invalidante tanto più importante in quanto colpisce con frequenza molto alta pazienti anziani spesso affetti da polipatologie e che, quindi, assumono già molti farmaci.

Se, negli ultimi tempi, gli antivirali, usati bene e per tempo, hanno inciso positivamente sull'herpes e contribuito anche a una qualche limitazione degli esiti, tuttavia la terapia della nevralgia postherpetica è oggi più efficace, ma ancora non risolutiva. Al di là dei molti tentativi terapeutici (l'herpes è sicuramente una malattia su cui si sono esercitate tutte le possibili pratiche della medicina e anche della magia), curare una nevralgia è difficile e costoso. Attualmente sono in uso antidepressivi, antiepilettici, oppioidi deboli e forti, oltre a molti altri farmaci che, inoltre, non sono di facile uso negli anziani che, come abbiamo detto, costituiscono la maggior parte dei pazienti. In alcuni casi, infine, si deve ricorrere a terapie algolo-

giche assai più aggressive. Nessuna di queste terapie si è dimostrata efficace in modo conclusivo secondo i criteri EBM.

È chiaro che, nonostante questi innegabili successi, il problema terapeutico dello zoster esiste e non è di poco momento. Oggi, dallo stesso ceppo del vaccino antivariella, è nato un nuovo vaccino che è quindi un vaccino vivo e attenuato a una dose di circa 14 volte di quello per la varicella. In uno studio di larghe dimensioni, il vaccino si è dimostrato attivo in modo convincente nel prevenire lo zoster e, in particolare, nell'impedire in un numero elevato di casi l'insorgenza della nevralgia postherpetica. I primi risultati danno un NNT di 111 per evitare un caso di zoster e di 175 per evitare un nevralgia. Dal momento che il vaccino sembra privo di reazioni avverse è chiaro che l'uso è condizionato dai calcoli farmaco-economici che, tuttavia, a una prima valutazione sembrano favorevoli. Se, inoltre, prendiamo in considerazione gli effetti avversi di molti dei farmaci ora in uso nella nevralgia postherpetica e il loro costo, può darsi che si concluda per un suo uso generalizzato nelle persone con più di sessant'anni, quell'età alla quale si presenta oltre il 60% della casistica, magari a partire da interventi limitati per patologie o per classi di età.

In conclusione vale il solito adagio che prevenire è meglio che curare e che, quindi, disporre di uno strumento, il vaccino, che ha l'obiettivo di prevenire complicazioni costose e invalidanti, è senz'altro un vantaggio della moderna farmacoterapia.

TM

*Si ringrazia **Sanofi Pasteur MSD**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*

G. PANIGADA¹, G. LANDINI², R. LAUREANO³, R. ANDREINI⁴, A. FORTINI⁵,
G. LOMBARDO⁶, A. MORETTINI⁷, S. SPOLVERI⁸

Ospedale per intensità di cure

Completare il modello per migliorare l'assistenza

Il ruolo della Medicina Interna

Alcuni anni fa le società scientifiche, gli ordini e i sindacati medici toscani si accordarono su un documento congiunto sul cosiddetto "ospedale per intensità di cure", che sembrò allora il modello più idoneo per adeguare l'organizzazione ospedaliera alle nuove emergenze cliniche e alle innovazioni tecnologiche. L'attuazione del modello è stata difficile nelle diverse ASL e quasi mai concordata con i medici. Ma le pur giuste critiche e i necessari cambiamenti hanno ceduto il posto a una sorta di demonizzazione del termine tale che se ne è fatto da alcuni quasi un mantra negativo, evocato a livello nazionale tra le malefatte granducali. È il modello da ridiscutere o la sua applicazione? L'ospedale deve cambiare organizzazione o no? È una sorta di nominalismo per cui ci intenderemmo meglio chiamando il vecchio modello Pippo 1 e il nuovo Pippo 2? Se lo si ritenesse opportuno, l'Ordine è disponibile a riaprire la discussione.

Antonio Panti

L'assistenza ospedaliera in Toscana è ormai strutturata in maniera irreversibile in un modello per intensità di cure. La Toscana è stata una delle prime regioni a proporlo, poi via via anche le altre realtà regionali si stanno adeguando. Il dibattito sulla mancanza di dimostrazione di efficacia del modello è sterile perché in primo luogo non vi era dimostrazione di efficacia nemmeno del precedente basato sulle specialità mediche e non centrato sul paziente e poi riproporre oggi modelli di assistenza che sprecano risorse, personale e spazi è assolutamente indifendibile.

Le società scientifiche medico-chirurgiche toscane con un loro documento del 2010, fatto proprio dal Consiglio Sanitario Regionale, avevano già posto in rilievo le opportunità e criticità del modello. Il documento del 2013, pubblicato su Toscana Medica, sul "Percorso medico nell'ospedale per intensità di cure" messo a punto da un gruppo di studio ad hoc, ha evidenziato lo svolgimento che devono avere i percorsi assistenziali in area medica. Questa elaborazione culturale ha permesso di correggere in molti ospedali certe storture derivanti da una applicazione troppo "rigida" dell'intensità di cure facendo in modo di:

- evitare la dispersione dei malati assegnati ad una specialità favorendo una localizzazione geografica precisa, ma mantenendo nel contempo flessibilità nel numero dei posti letto;

- assegnare il paziente proveniente dal DEA non solo al livello di intensità di cura adeguato ma anche alla specialità che si occuperà del tutoraggio del paziente e questo attraverso PDTA specifici concordati fra specialità di area medica e DEA;

- valorizzare i rapporti multidisciplinari ed in particolare quelli multiprofessionali con il nuovo ruolo della professione infermieristica che organizza l'assistenza secondo il "primary nursing".

Negli ultimi anni il processo di adeguamento degli ospedali ha subito un certo rallentamento e inoltre lo sviluppo è stato disomogeneo nella regione. Questo ha portato anche alla nascita di un ipercriticismo che tende ad attribuire qualsiasi problema che insorge nell'ospedale all'intensità di cure.

Noi come internisti ospedalieri siamo al contrario convinti che i problemi ci sono perché il modello non è stato completato e sono mancati i necessari investimenti strutturali ed in particolare di personale.

L'organizzazione per intensità di cure dell'area medica è il cuore della nuova organizzazione ospedaliera. La Medicina Interna per sua natura svolge la funzione di "tessuto connettivo" dell'area e la preponderante presenza di malati polipatologici complessi fa sì che la maggior parte dei ricoveri vengono attribuiti dal DEA alla Medicina Interna.

Inoltre la Medicina Interna nella maggior parte degli Ospedali è la specialità che si sobbarca le guardie di continuità H/24 con sottrazione di risorse al tutoraggio degli ammalati.

Con l'implementazione del modello ospedale per intensità di cure è mancato quell'investimento di risorse sulla Medicina Interna che poteva far decollare il sistema, investimento che fu fatto sulla Medicina d'Urgenza quando, più di 20 anni fa, fu deciso di creare i DEA. Se vogliamo affiancare ai nostri DEA un ospedale per intensità di cure efficiente bisogna investire sulla Medicina Interna perché solo così si potrà completare il modello intrapreso.

¹ G. Panigada, Direttore Medicina Interna Pescia USL 3. Presidente FADOI Toscana

² Direttore Dipartimento di Medicina e Specialistiche ASF

³ Direttore Medicina Interna SM Annunziata ASF

⁴ Direttore Medicina Interna Pontedera USL5

⁵ Direttore Medicina Interna S. Giovanni di Dio ASF. Vice presidente FADOI Toscana

⁶ Direttore Medicina Interna Empoli ASL 11

⁷ Direttore Medicina Interna AOU Careggi

⁸ Direttore Medicina Interna Borgo S. Lorenzo ASF

Completare il modello vuol dire essenzialmente:

- **medico Tutor** effettivo, riconosciuto dai pazienti e dai parenti e con responsabilità di diagnosi e cura. Questo comporta la creazione di *équipes* di medici a cui sono assegnati un certo numero di pazienti; i medici svolgono a rotazione la funzione di tutor mentre gli altri quello di associato. È ovvio che il medico quando svolge la funzione di tutor deve essere esentato dalle guardie di continuità e dagli ambulatori;

- **attività estesa temporalmente** in modo da coordinare l'attività dell'area medica con quella DEA;

- **area a più alta intensità** in cui può essere previsto il ricovero di pazienti più instabili (MEWS > 3) o con patologie specifiche (Area Stroke) in modo da concentrare risorse mediche ed infermieristiche ottenendo un adeguato livello di assistenza e riducendo il rischio clinico;

- **Day Service multidisciplinare** che gestisce percorsi diagnostico-terapeutici integrati e urgenze differibili evitando il ricovero del paziente con uno stretto contatto con il DEA e con i medici di medicina generale. Apertura per 8-12 ore al dì per almeno 5 giorni la settimana con interfaccia gestita da un adeguato *triage*

infermieristico (Day Service multidisciplinare ma anche multiprofessionale);

- curare gli aspetti di **integrazione interprofessionale** superando diffidenze e pregiudizi reciproci per legare più strettamente il rapporto fra le professionalità mediche e infermieristiche e incrementare la disponibilità di tempo per il malato;

- investire sugli **adeguamenti strutturali** soprattutto negli ospedali "più datati" che presentano ostacoli alla nuova organizzazione e su quelli **tecnologici ed informatici** con l'imperativo di produrre benefici anche di tempo da dedicare ai pazienti;

- snellire procedure e adeguare gli **aspetti amministrativi** e gestionali alla nuova organizzazione.

Pensiamo che in questa direzione molte cose sono state fatte sia sulla elaborazione culturale e sia sugli spazi (nei nuovi ospedali), ma manca un concreto investimento sul personale.

È indispensabile che gli organi di governo regionale rivalutino le risorse esistenti lanciando una vera e propria *call to action* sull'intensità di cure. La Medicina Interna è pronta a fare la sua parte.

TM

Info: g.panigada@usl3.toscana.it



Giancarlo Vannozi, specialista in Malattie dell'Apparato Digerente, è dirigente medico in Gastroenterologia AOU Careggi. Si occupa di dietoterapia e malattie con malnutrizione ed è autore di testi di nutrizione clinica.

GIANCARLO VANNOZZI, VITO ANNESE¹, SIRO BAGNOLI¹

Alimentazione come stile di vita Alcune considerazioni

Il concetto di dieta necessita di precisazioni: nel linguaggio comune significa "astinenza dal cibo per ragioni di salute" o dieta "dimagrante" e sembra indicare un indirizzo ben preciso che si può semplificare con l'assioma o la raccomandazione generica di "mettersi a dieta". Queste convinzioni e tutte le affermazioni simili, purtroppo largamente diffuse, sono superficiali e/o errate. In realtà tutti noi siamo a dieta, nel senso che tutti noi ci alimentiamo, più o meno diversamente, seguiamo dunque una dieta che è parte integrante ed articolata della nostra vita. Una definizione appropriata di dieta può essere la seguente: insieme degli alimenti che devono giornalmente essere somministrati all'organismo per assicurare il fabbisogno proporzionato allo sviluppo o al rinnovo dei tessuti e al consumo di energia.

Si può considerare l'alimentazione uno stile di vita (dieta deriva dal greco *διαίτα* e significa stile

di vita). Dieta vuol dire anche "insieme di alimenti", un complesso nutritivo che consumiamo per sopravvivere e vivere. Nella sua più ampia e concreta accezione la dieta non comprende solo la cosiddetta razione alimentare, cioè il quantitativo alimentare in senso stretto, ma anche ogni possibile variazione della razione stessa, le modalità di cottura e di preparazione dei cibi, il numero ed il ritmo dei pasti nell'arco della giornata e la presentazione dei piatti. Nonostante che il termine "dieta" sia un concetto semplice, numerosi fattori e condizioni di vita orientano le scelte alimentari e tendono a legittimare una confusione sul significato di dieta: un'interrelazione tra forze fisiologiche, psicologiche, sociali e culturali, controlla e modula l'orientamento alimentare di ogni persona. La conseguenza di quanto affermato è che un concetto elementare coinvolge un fenomeno complesso che elude la definizione stessa

¹ Gastroenterologia 2 AOU Careggi, Firenze

di dieta a dispetto dell'importante ruolo che essa possiede nell'etiologia e/o etiopatogenesi di molte malattie croniche.

Stabilito questo, è chiaro che bisognerà verificare se il nostro tipo di alimentazione sia idoneo a coprire al meglio le esigenze e le necessità biologico-metaboliche. Esistono linee guida internazionali di comportamento alimentare e per l'Italia i LARN (Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti) con la funzione di comporre un profilo nutrizionale adeguato per tutti i bisogni della popolazione. Ma al di là dei principi nutrizionali, delle linee guida e delle raccomandazioni ragionevoli che le evidenze epidemiologiche e scientifiche confermano come veramente utili ed opportune, bisogna affermare che alimentazione significa altro ed implica davvero il modo di vivere, di essere nella società così come nell'ambito familiare. Gli alimenti non sono solo materiali energetici o plastici, non sono cioè unicamente materiali nutrizionali. Ci alimentiamo non solo per scopi nutrizionali ossia spinti da esigenze e fabbisogni strettamente fisiologici e metabolici, ma anche e soprattutto per piacere, perché appunto l'alimentazione in quanto stile di vita è davvero sorgente di piacere, serenità ed armonia (o comunque dovrebbe esserlo). L'uomo non mangia grassi, zuccheri, proteine o vitamine, ma alimenti di cui ha imparato a conoscere e apprezzare il gusto e l'aroma. Dobbiamo quindi considerare una verità semplice ed ovvia, ossia un concetto che frequentemente viene trascurato o del tutto ignorato: gli alimenti sono "materiali" che vengono consumati anche per piacere. E tutta la storia umana passa anche attraverso questo rapporto, tra uomo ed alimenti o meglio tra uomini, donne e cibo, attraverso un percorso di secoli fatto di lavoro per il cibo, di lotta per il cibo, ma anche per il piacere del cibo. Allora si può davvero comprendere pienamente (o sentirne almeno la portata) la forte connessione tra l'uomo e il cibo, tra ciò che è e ciò che mangia se superiamo i limiti stretti della fisiologia della nutrizione.

Nutrizione e piacere

La distinzione tra nutrizione e piacere può sembrare arbitraria. In realtà questa precisazione ci permette di sostenere che gli alimenti possiedono due importanti proprietà: un valore nutritivo e un valore edonistico. Il cibo e gli alimenti in senso lato non rappresentano unicamente l'oggetto dei nostri bisogni metabolici, la modalità attraverso la quale possano essere soddisfatti i diversi fabbisogni. L'alimentazione è un fenomeno dinamico e vitale, temporalmente costante e diversificato nei giorni, nelle diverse età, momento di piaceri ed insieme di piacevoli sensazioni evocate e modulate dal cibo-alimento in quanto tale e dalla percezione cosciente dei sapori. Alimentarsi e quindi l'atto del mangiare può essere sicuramente considerato (e ne ab-

biamo ampia dimostrazione sia scientifica che sociale e storica) uno dei "piaceri più grandi" della vita. Mangiare rappresenta un'esperienza sensoriale completa in grado di trasformare lo stato d'animo di una persona, indurre sensazioni nuove, influenzare comportamenti oltre che modulare o anche condizionare molte funzioni nervose e fisio-biologiche.

L'alimentazione è dunque stile di vita nell'accezione più completa e vasta del termine. Infatti alimentarsi implica scegliere, preparare, e condividere con l'ambiente quanto apparentemente può sembrare un momento solo privato e strettamente personale. L'atto del mangiare non è allora solo un'esperienza sensoriale o un processo fisio-biologico correlato ai bisogni nutrizionali: l'atto del mangiare è un atto culturale, e frequentemente può diventare occasione di comunione di sentimenti e di conoscenze, incontro umano e sociale. Stimoli ambientali di varia origine e natura, meccanismi complessi, ormonali e neurosensoriali, le abitudini della famiglia, la storia e il vissuto, tutto quanto infatti determina e condiziona il nostro stile di vita e quindi la nostra *διαίτα*.

L'alimentazione oggi

Ma rispetto al passato ci alimentiamo sull'onda di messaggi d'immagine diffusi dai *media*: delicati ed automatici *input* orientano e modulano l'alimentazione o meglio il nostro stile di "vita alimentare". Negli ultimi 20 anni sempre più inquietanti proposte e irrazionali tendenze hanno tentato di trasformare fortemente il senso storico e culturale dell'alimentazione in quanto tale, al di là dei significati nutrizionali. L'ossessione dietetica ha lentamente medicalizzato ogni nostra scelta alimentare, la prevenzione delle malattie attraverso la dieta è divenuta una costante e/o un'imposizione. L'educazione alimentare fatta per *slogans* e "frasi fatte" essenzialmente tramite televisione sta creando individui iper-informati, orientati, convinti che l'alimentazione nell'ambito di un esasperato "salutismo" possa offrire una vita eterna e completamente esente da malattie e disordini. E spesso la nostra dieta finisce per diventare uno standard "globalizzato" ricca e spesso iper-ricca di alimenti energetici ed iperproteici, pasti preconfezionati, già pronti all'uso, confezioni di tutto, una "specie di tutto" variamente combinato e di difficile lettura culinaria. Ma può accadere anche nello stesso ambito sociale o socioculturale il contrario: la continua ed incessante ricerca dello stato di salute sempre al massimo e ovviamente del mantenimento del peso corporeo induce molti individui a farsi sedurre e condizionare da tanta pubblicità che li spinge ad adottare comportamenti alimentari non rispondenti alle attuali conoscenze scientifiche in tema di nutrizione ed alimentazione.

Le scelte alimentari personali, spesso uniformi negli anni quale complesso insieme di esperien-

ze, di consigli, di idee, di ideologie, rispecchiano sempre e comunque un'articolata storia fatta di emozioni, spinte culturali, talora tendenze religiose, ma le attuali trasformazioni economico-sociali e probabilmente il nuovo volto della civiltà stanno modificando in modo penetrante anche il nostro stile alimentare e mai come adesso sono esplosive le contraddizioni sociali in tema di alimentazione e nutrizione.

Nonostante una nuova cultura nutrizionale, più attenta alle problematiche semplici o complesse correlate alla nostra vita, alla sua qualità, al futuro, la maggioranza delle linee guida dominanti spinge talora oculatamente ma spesso in modo del tutto disordinato e caotico la famiglia o la singola persona al consumo irragionevole, talora fortemente privo di freni o limiti. Nell'ambito dei sempre più grandi ed efficienti Centri Commerciali, dove le nostre scelte alimentari sono pilotate secondo le promozioni e le offerte, la famiglia (spesso riunita come ad una gita o una passeggiata) viene orientata alle spese del superfluo, dell'esagerato, del pacco gigante (maxi-confezione di biscotti o di merendine, confezione famiglia di carne, confezioni da rifornimento di gelati ecc.). Emergono quindi ben chiari determinati segnali: la spinta all'iperconsumo, all'acquisto "a tutti i costi" e pertanto all'approvvigionamento di diversificati articoli e soprattutto di generi alimentari come se fosse imminente una guerra o qualche grave calamità, e l'austerità "salutistica", che spinge ideologicamente al rifiuto dell'alimentazione biologicamente definita equilibrata.

Crisi economica e consumi alimentari

Indubbiamente la crisi economica sta modificando il consumo alimentare delle famiglie italiane, incide negativamente sulle scelte degli italiani relativamente alla spesa alimentare e determina variazioni rilevanti della dieta intesa appunto come stile di vita. Già prima della crisi, veniva osservato un incremento significativo del consumo di pane e cereali ma anche di prodotti dolciari a scapito di carne, pesce e formaggi. Secondo alcune ricerche questo cambiamento è determinato dall'aumentare del numero degli spuntini, con correlata progressiva riduzione della portata dei pasti principali. In un confronto europeo nel periodo 2007-2011, si è evidenziato che l'Italia si caratterizza per una contrazione dei consumi domestici e per un lieve aumento di quelli extra-domestici. È stato calcolato che due italiani su dieci, per un totale di 12 milioni, pranzano abitualmente fuori casa, distribuendosi fra bar, mense, ristoranti o anche sul posto di lavoro con pranzo portato da casa (percentuale più alta, dopo le mense) o acquistato nei negozi di vicinato. Non sorprenderà dunque che nel corso degli anni il pranzo sia considerato un po' meno il pasto principale a beneficio della cena salita dal

21,4 al 23,4%. Uomini e soprattutto donne (non così per gli adolescenti) danno sempre più importanza alla colazione del mattino. Gli italiani si definiscono buongustai (77,8%), prediligono le specialità gastronomiche della loro regione (69,1%) e ritengono di spendere molto per il cibo (53,3%). Continuano a nutrirsi fondamentalmente di pane, pasta, riso, carni bianche e frutta (anche se in lieve calo rispetto al 2006), mentre il formaggio resta l'alimento meno scelto.

Nonostante le politiche promozionali messe in atto in chiave anti-crisi dalla Grande Distribuzione organizzata e la scelta delle famiglie verso modelli di spesa *low cost*, si assiste ad un calo deciso dei consumi alimentari: le rilevazioni più recenti relative ai primi undici mesi del 2013 indicano il peggiore calo degli acquisti di cibi e bevande dall'inizio della seconda ondata recessiva che ha colpito il Paese. La crisi economica pur nella sua articolata complessità e nei suoi aspetti variegati sta comportando una flessione significativa dei consumi alimentari. Il nostro paese sembra incapace di risollevarsi, destinato a sopportare la perdita di potere d'acquisto e costretto quindi a ridurre il consumo anche dei beni ritenuti essenziali. Si segnala in particolare una flessione netta degli acquisti di prodotti ittici freschi (-5%) e dei prodotti quali latte e derivati (-3,9%). Rimanendo nel reparto degli alimenti freschi, è stata rilevata una riduzione del consumo di carni, dei prodotti ortofrutticoli e soprattutto della frutta. In controtendenza solo le uova, fonte proteica economica per eccellenza, che crescono dell'1,7% rispetto al 2012 (+1,9% la spesa) e il segmento della biscotteria e pasticceria (+2,2%), probabilmente per il ritorno della colazione tra le mura domestiche.

Questo ed altre variabili nell'ambito della crisi economica attuale tendono a stabilizzare una situazione sociale di precario equilibrio, che determina il più grande insuccesso delle idee e dei programmi in tema di nutrizione o comunque rende gli stili alimentari idealizzati come ragionevoli e adeguati alla popolazione italiana prospettive o mete difficilmente raggiungibili.

L'emergenza più inquietante

Schematicamente e con voluta approssimazione delineati questi problemi, sembra doveroso sottolineare comunque che le nuove inquietanti emergenze, quali tra tutte la più importante ossia l'obesità con tutta la sua grave portata epidemica, potranno essere probabilmente in modo più decisivo affrontate e minimizzate nel loro rovinoso impatto medico-sociale solo se comunità scientifiche, vivaci intelligenze ed eccellenze culturali, industrie alimentari lungimiranti e capaci strutture governative troveranno nuove strade per una diversa e nuova cultura del cibo, degli alimenti e in fondo anche del vivere insieme. **TM**

Info: gian.vannozi@alice.it

EMANUELE GORI, ANTONINO SALA¹, LAURA INDIANI¹, TOMMASO GRASSI¹,
ERSILIA SINISGALLI¹, MARTINA CHELLINI¹, LORENZO BAGGIANI², SANDRA GOSTINICCHI²,
ALBERTO APPICCIAFUOCO², GUGLIELMO BONACCORSI³, MARIA GRAZIA SANTINI⁴,
GIOVANNA MEREU⁵, PAOLO MORELLO MARCHESE⁶

Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2013-2014

ASL 10 Firenze



Emanuele Gori, laureato in Medicina e Chirurgia e specialista in Igiene e Medicina Preventiva. Ha lavorato fin dal 1990 per l'Azienda Sanitaria di Firenze, rivestendo vari ruoli tra cui Direttore SS CUP e Anagrafe e Direttore Dipartimento Attività Amministrative Decentrate. Dal dicembre 2013 ricopre il ruolo di Direttore Sanitario Aziendale della ASF.

L'influenza stagionale colpisce ogni anno il 10-20% della popolazione mondiale, rappresentando ancora oggi la terza causa di morte per patologia infettiva, preceduta solo da AIDS e Tubercolosi.

Il Centro Europeo per il controllo delle Malattie (ECDC) stima che in media circa 40.000 persone muoiano prematuramente ogni anno a causa dell'influenza nell'UE. Il 90% dei decessi si verifica in soggetti di età superiore ai 65 anni, specialmente tra quelli con condizioni croniche di base.

Poiché non è possibile eradicare la malattia, l'obiettivo primario delle istituzioni sanitarie nazionali e internazionali consiste nel limitare il carico di malattia, minimizzandone l'impatto sia dal punto di vista sanitario (poiché per ogni decesso corrispondono molti più ricoveri derivanti da complicazioni), che da quello socio-economico (assenze dal lavoro, riduzione di produttività, ecc.).

Obiettivo principale della prevenzione è proteggere con la vaccinazione i soggetti più vulnerabili, anziani, soggetti con fattori di rischio sia fisiologici (es gravidanza) che patologici (malattie croniche).

La vaccinazione negli operatori sanitari ha effetto protettivo indiretto sulle categorie vulnerabili, riducendone la mortalità e la probabilità di ammalarsi.

La campagna 2013/2014 si è svolta attraverso il diretto coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di famiglia, dei servizi territoriali, delle direzioni sanitarie di presidio, della Direzione Sanitaria, del Dipartimento del farmaco e di tutti i dipartimenti aziendali.

L'Azienda ha fatto uno sforzo aggiuntivo facendo recapitare i vaccini direttamente agli studi medici per coloro che ne hanno fatto richiesta.

Per cercare di aumentare l'adesione negli operatori sanitari è stata proposta anche questa volta l'offerta "porta a porta", offrendo cioè attivamente la vaccinazione in stretta collaborazione fra direzioni sanitarie di presidio e medicina preventiva, nelle sedi e nei tempi il più favorevoli possibili agli operatori in base alla

presenza nelle loro sedi di lavoro. È stato condiviso inoltre di inviare agli operatori sanitari dei vari reparti e strutture territoriali ambulatoriali una nota specifica a firma del Direttore Sanitario, con l'obiettivo di incrementare le coperture vaccinali.

Sia attraverso il prezioso contributo dei medici di famiglia impegnati nel Chronic Care Model sia attraverso informazioni raccolte alla dimissione o dopo visita ambulatoriale si è proceduto inoltre alla ricerca attiva dei soggetti a rischio ai quali è stata offerta anche la vaccinazione antipneumococcica 13-valente.

Gli Assistenti Sanitari hanno curato l'organizzazione della vaccinazione nei presidi territoriali per soggetti > 65 che non si sono vaccinati presso il medico di famiglia, per gli operatori sanitari territoriali e ospedalieri e per gli ospiti del carcere.

Per l'informazione alla popolazione generale e agli operatori sanitari sono stati predisposti materiale informativo e locandine.

Gli obiettivi di copertura, per tutti i gruppi target, previsti dal Ministero della Salute e dalla Regione sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile ed il 95% come obiettivo ottimale.

La copertura vaccinale antinfluenzale dei soggetti di età pari o superiore a 65 anni per la campagna vaccinale 2013-2014 è stata del 60,1%, un valore inferiore rispetto all'obiettivo minimo del 75%. Tale dato, tuttavia, se lo si confronta con gli ultimi dati ministeriali disponibili, risulta comunque superiore alla copertura media nazionale (Grafico 1).

Sulla base dei riepiloghi inviati da ciascun medico a fine stagione antinfluenzale, risulta che complessivamente sono state somministrate un totale di 169.851 dosi di vaccino antinfluenzale, di cui 8.869 dosi di tipo split, 39.160 di tipo virosomiale, 118.628 adiuvato con MF59 e 2.964 dosi di tipo intradermico.

La copertura vaccinale negli operatori sanitari (medici e personale sanitario di assistenza) della ASL 10 Firenze è stata invece del 42,9%, in aumento rispetto al 39,3% del 2012-2013. Se è vero che siamo sempre al di sotto del valore del

¹ Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

² Direzione Sanitaria Aziendale ASF

³ Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Firenze

⁴ Dipartimento della Prevenzione ASF

⁵ Assistenza Sanitaria ASF

⁶ Direttore Generale ASF

Grafico 1 - Copertura della vaccinazione antinfluenzale pop. ≥ 65 anni, stagioni 2010/2011- 2013/2014, confronto Asl Firenze (ASF) - Regione Toscana - Copertura media Nazionale 2012/2013.

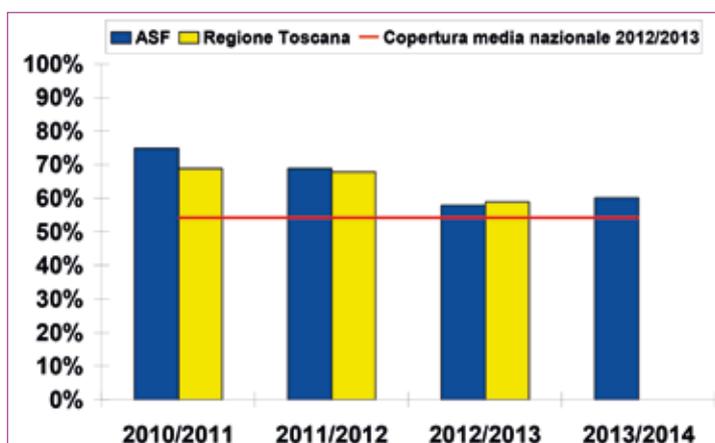
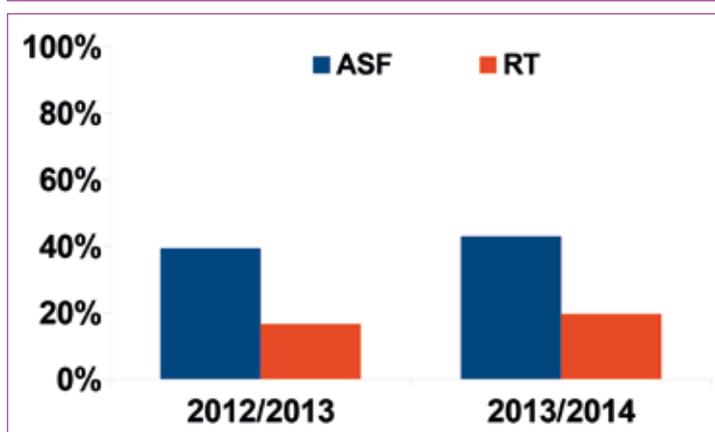


Grafico 2 - Copertura della vaccinazione antinfluenzale operatori sanitari, confronto Asl 10 Firenze (ASF) - Regione Toscana stagioni 2012/2013- 2013/2014.



$\geq 75\%$ è pur vero che la copertura raggiunta si conferma di nuovo come la migliore della Regione Toscana (Grafico 2).

Le coperture raggiunte nella campagna 2013/2014 non sono ancora in linea con gli obiettivi dei Piani Nazionale e Regionale Vaccini probabilmente perché risentono ancora degli influssi negativi comunicativi della pandemia influenzale del 2009 (influenza A/H1N1). Tuttavia si osserva per la prima volta un'inversione di tendenza rispetto agli ultimi anni, registrando un valore superiore rispetto alla stagione precedente sia per quanto riguarda la copertura

degli ultrasessantacinquenni che degli operatori sanitari.

In definitiva possiamo considerare i risultati relativamente soddisfacenti, seppur migliorabili. Affinché si possano raggiungere gli obiettivi ministeriali, è necessario continuare da un lato a proporre l'offerta "porta a porta" agli operatori sanitari, che ha dato già buoni risultati e dall'altro a sensibilizzare la popolazione generale sulla vaccinazione antinfluenzale come importante strumento di Sanità Pubblica. **TM**

Info: emanuele.gori@asf.toscana.it

RICORDO

La dignità di Ivano Monciatti



Con la grande dignità, che lo ha sempre contraddistinto nel periodo in cui ha affrontato la malattia che lo ha vinto e con ancora la voglia di regalare un sorriso a tutti coloro che si sono stretti intorno lui, ci ha lasciato il 17 Ottobre 2014 il dr. Ivano Monciatti.

Nato a Signa l'11 Febbraio 1954 si era laureato in Medicina e Chirurgia. Specializzatosi in Anestesia e Rianimazione presso l'Università degli Studi di Firenze, ha svolto la sua attività di anestesista negli Ospedali di Firenze e Piombino e, dal 1993 fino a quando non si è ammalato, presso la UOC di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Empoli.

La sua dote più grande è stata aver avuto la capacità, anche nei momenti più duri e difficili, di riuscire ad aiutare con una "battuta" scherzosa i pazienti ed i colleghi di lavoro.

Ed è dal tuo insegnamento di vita "un sorriso può alleviare tanto dolore", che vogliamo trarre la forza per affrontare una così grande perdita e, ricordandoti, dire... CI MANCHERAI, IVANO!

Gli amici e colleghi anestesisti

LORENZO DIOSCORIDI, NICCOLÒ TADDEI¹, LAURA RASERO¹,
STEFANO CIONINI², FRANCA TANI², CARLO PAPAROZZI³

L'ospedale vissuto e raccontato

Esperienze di un medico in formazione



Lorenzo Dioscoridi, medico in formazione specialistica presso la SOD di Chirurgia Generale e d'Urgenza 2 (Direttore Prof. Paolo Bechi), Dipartimento di Chirurgia e Medicina Translazionale, AOU Careggi, Firenze. Cura gli aspetti pratici ed organizzativi del progetto ADE Intercorso fin dal suo inizio nel 2010.

Il progetto delle ADE (Attività Didattiche Elettive) Intercorso, nato ormai da alcuni anni, si è ulteriormente articolato estendendo l'offerta formativa anche al Corso di Laurea in Psicologia. L'obiettivo che ci siamo posti è stato quello di creare vere e proprie *équipes* composte da uno studente di Medicina, uno di Infermieristica ed uno di Psicologia a cui abbiamo "affidato" un paziente che gli studenti hanno seguito dalla prima visita, all'intervento, fino alla rimozione dei punti di sutura in ambulatorio. Gli studenti, sotto la supervisione di un tutor, hanno così potuto mettere in pratica le proprie conoscenze e confrontarle con le competenze dei loro colleghi. Novità assoluta è stato l'inserimento di una valutazione dell'evoluzione dello stato psicoemotivo del paziente in rapporto alla propria patologia ed all'iter chirurgico, aspetto che, purtroppo, troppo spesso viene trascurato ed invece concorre, insieme agli aspetti medici, alla buona riuscita dell'intervento.

Benedetto Tangocci, uno degli studenti di Psicologia impegnati in quest'ADE, ha voluto condividere questa esperienza sul proprio blog, e di queste sue "Cronache Ospedaliere", riportiamo di seguito alcuni passi.

"Non ricordo di avere mai vinto una lotteria. Alle estrazioni casuali non ho mai avuto fortuna: solitamente perfino i miei bagagli sul nastro aeroportuale sono gli ultimi ad apparire. Beh, finora. Circa due settimane fa si è presentata l'opportunità di partecipare a un progetto intercorso che ha suscitato interesse quasi unanime: i posti erano limitati, il professore ha sorvegliato i partecipanti, io sono stato il primo estratto.

Il progetto consiste nella creazione di otto squadre, composte da studenti di medicina, infermieristica, psicologia. Ognuna di esse dovrà seguire un paziente chirurgico in day surgery durante il primo incontro, l'intervento, la fase post-operatoria. Il mio ruolo consiste nel monitorare lo stato d'ansia della paziente relativamente all'operazione. Così giovedì scorso mi reco nel padiglione di clinica chirurgica di Careggi. Il progetto, attivo da alcuni anni tra

medicina e infermieristica, da quest'anno è stato esteso a psicologia. I miei colleghi possono contare su una struttura consolidata e consegnare chiare; io so unicamente che devo presentarmi alle quattro e un quarto... Mi viene consegnata la divisa verde da chirurgo, un sunto medico sull'ernia, una batteria di test psicologici suggeriti da non si sa bene chi (mi riferiscono ad ogni modo che sul lato psicologico ho autonomia d'intervento). Il professore che coordina il progetto arriverà. Mi cambio e chiedo informazioni su dove attendere il professore, io non l'ho mai visto. Mi rassicurano che non posso confonderlo: indossa sempre un *papillon*. Ad attenderlo con me un tirocinante di medicina, lì per tutt'altri motivi. Mi racconta che non si trova bene, che lui avrebbe una visione più olistica, che gli piace l'omeopatia e che invidia il mio percorso di studi. Poi mi accompagna a lasciare le mie cose in una stanza dei medici, facendomi passare per delle scale interne: «così vestito – mi informa – hai i super-poteri, puoi andare ovunque!». Io comincio a sentirmi nella puntata di una serie televisiva quale "Scrubs". Finalmente arriva il professore, in compagnia dei miei due colleghi (che lo hanno evidentemente intercettato da qualche altra parte), e da una corte di altri personaggi a me ignoti, cui risponde che non ha tempo: deve stare con noi. Ci chiede i nomi, da dove veniamo; informa lo studente di medicina, dai capelli rossi, che in Giappone lo avrebbero malvisto, poiché ancora associano quel colore ai nemici americani della Seconda Guerra Mondiale. Poi informa noi tutti delle differenze tra il pino europeo (osservabile dalla finestra) e quello americano. Il professore è molto elegante, colto, cordiale. Afferma di non essere mai uscito dall'Italia, come Kant da Königsberg. Adesso è passato ad erudirci sulle abitudini ospedaliere teutoniche e sembra intenzionato a procedere con l'intero scibile umano. Si è tuttavia liberata la stanza per le visite e ciò ci riporta allo scopo della nostra presenza: selezionare nel pomeriggio ambulatoriale un paziente con problemi di ernia.

Tutti e quattro entriamo nella stanza e ci affianchiamo dietro la scrivania, pronti ad acco-

¹ Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, AOU Careggi, Firenze

² Corso di Laurea in Psicologia, Dipartimento di Scienze della Salute, Firenze

³ SOD di Chirurgia Generale e d'Urgenza 2 (Dir. Prof. P. Bechi), Dipartimento di Chirurgia e Medicina Translazionale, AOU Careggi, Firenze

gliere il primo paziente. Si tratta di un signore residente nel pistoiese che ha lavorato per alcuni anni al locale ospedale del Ceppo. Apprendiamo così nei successivi dieci minuti le origini del nome dell'ospedale, le sue relazioni con il fiorentino ospedale di Santa Maria Nuova, e l'essere quest'ultimo il più antico del mondo. Il paziente è inizialmente divertito, poi allibito, infine nuovamente divertito: anche lui ammaliato dal fascino del professore. Io prendo appunti.

Quasi per caso infine si torna a parlare di disturbi: insomma, perché il paziente si trova qui? Procediamo così alla visita proctologica (io ne risparmio il significato a chi già non lo conosca, poi fate voi, eh...): prima il professore, poi il medico, poi l'infermiera, poi... No, io tengo la luce estensibile! Il paziente non ha "niente di che", certamente niente che non possa essere facilmente curato con dell'ittolo, evidentemente il farmaco preferito dal professore, che ne decanta più volte le virtù. L'ordine delle visite è turbato dall'arrivo di un tedesco (giustappunto, non parlavamo prima delle loro abitudini ospedaliere?) che, dopo un incidente e la conseguente operazione, sostiene di avere ancora un corpo estraneo sottopelle. Di tedesco ad ogni modo il ragazzo ha solo il cognome, per il resto è italianissimo. Eh sì, sotto il gomito si intravede ad occhio nudo un rigonfiamento inconsueto. Che fare però, se sottoposto al normale iter ospedaliero la rimozione dovrà attendere mesi. Che sia stata davvero la nostra presenza (così potevamo assistere) o la consueta gentilezza del professore, gli viene ad ogni modo comunicato di attendere, "che se c'è tempo si fa subito".

Noi proseguiamo con le visite. Si susseguono lezioni sul vero nome della lampada sovrastante il lettino, che si chiamerebbe scialitica - che dissolve le ombre: dal greco "skiá", ombra. e "lytikós" dissolvente - ma che oggi, ahimé,

pochi chiamano così; nuove lodi all'ittolo; a un ex sottufficiale in pensione, che affiancandomi uscendo mi chiede divertito se il professore è sempre così, rispondo con un diplomatico "dipende". Poi l'accompagnatrice di una paziente mi squadra tutto il tempo, con intenzioni tutt'altro che chiare. Dell'ernia che cerchiamo ancora niente.

Il professore si ricorda del "tedesco" e decide che è arrivato il momento di farlo entrare. Può accomodarsi, dell'intervento si occupa l'assistente del professore, anche lei sempre sorridente. Scialitica, bisturi, pinze. Il pezzetto di vetro - tale poi si rivelerà - è in superficie, lo si individua subito ma non è semplice afferrarlo: «via, con quel taglietto, fai un bel taglio profondo, che altrimenti ci mettiamo una vita!». La dottoressa sa unire alla professionalità la capacità di duettare col professore; il paziente sorride, forse per gratitudine, forse anche lui apprezzando la scena. Il corpo estraneo è stato rimosso. L'ultima persona in attesa è il caso che fa per noi. Soffre di calcoli alla cistifellea, non di ernia, ma il professore decide che è un caso interessante e adatto al nostro progetto. Per me interessante lo è certamente, si presenta accompagnata dalla cugina, entrambe coperte dallo hijāb (il velo) iniziano a "duettare" tra loro, quasi fossero la perfetta sotto-trama della pièce in corso. Io inizio il mio lavoro. Ma questa è un'altra storia.

Che dire, voi parlate pure di malasanità, a me Careggi sembra un posto splendido!".

È trascorso un mese e mezzo. Mercoledì mattina la paziente magrebina viene ricoverata in attesa dalla prevista operazione alla cistifellea. Io e i miei colleghi di medicina e infermieristica ci rechiamo in reparto in tarda mattinata. Si tratta del secondo incontro di questo progetto ADE intercorso. Ad accoglierci c'è una bril-



L'équipe prima dell'ingresso in sala operatoria.

lante tirocinante, simpatica e disponibile, che ci illustra modalità e tempi della colecistectomia che si terrà nel pomeriggio. Sollecitata dalla mia ignoranza in materia si profonde in informazioni; poi opta per spiegarsi tramite un disegno, degno di Picasso (cubista, appunto...)! Malgrado la mia ottusità riesce comunque nel suo intento di rendermi comprensibile la situazione. I colleghi di medicina e infermieristica provvedono poi a compensare via via le mie rimanenti lacune in materia....

La paziente la troviamo sveglia, un po' annoiata, tutto sommato tranquilla, considerata l'attesa di un intervento chirurgico. Svolgo rapidamente il mio ruolo di valutazione dello stato d'ansia e ci accomiatiamo. Siamo stati avvertiti della data dell'operazione solo due giorni prima e io ho purtroppo un importante impegno che non posso più rimandare. Perciò saluto i miei colleghi, dispiaciuto di non poter assistere all'operazione. Tuttavia, fortunatamente per me (un po' meno per loro che erano in attesa), l'operazione slitta al tardo pomeriggio. Vengo avvisato da un messaggio. Dopo un viaggio ai limiti del picaresco arrivo in sala operatoria esattamente un minuto prima dell'inizio. La colecistectomia avviene in laparoscopia. Alla paziente, in anestesia totale, viene praticata una piccola incisione all'ombelico; poi viene introdotto del gas per creare dello spazio sufficiente all'operazione. A questo punto può entrare una piccola sonda/telecamera che proietta l'immagine a schermo. Tre ulteriori piccoli fori servono all'ingresso degli strumenti chirurgici veri e propri: inizia la magia. Avevo naturalmente già sentito parlare di questa tecnica, l'avevo vista nei film, avevo letto qualcosa a riguardo. Assistere dal vivo è però tutt'altra cosa. Forse perché la narrazione – anche se scientifica – mantiene il sapore della *fiction*; la testimonianza ha invece quello dell'esperienza. Ripercorro mentalmente quello che so della ricerca scientifica e visualizzo tutto ciò: i decenni di ricerche, la somma delle piccole conoscenze, il progredire delle tecnologie. Tutto riassunto davanti a me in quello che viene affrontato dal personale medico come un intervento di *routine*. Il chirurgo scherza con la sua équipe, illustra a noi quello che sta facendo e, naturalmente, opera. Lo fa con disinvoltura ed io non posso che pensare a quanto tempo e quanto impegno deve essergli costato raggiungere questa sicurezza di sé. Ho una punta d'invidia, ma più che altro il rimpianto di non avere assistito a ciò nella mia adolescenza: se fosse

stato, avrei fatto il chirurgo da grande!...

Oggi, lunedì, la paziente è tornata per la medicazione. L'operazione è andata bene, lei è un po' convalescente ma soddisfatta. Oramai familiari con il luogo, ci rechiamo nell'ambulatorio in cui è iniziata questa esperienza. Il professore, elegante e gioviale come sempre, ha già iniziato le visite – tra non molto sarà il turno della nostra paziente. Nel frattempo ci fa entrare e ci presenta le sue collaboratrici, lì per un tirocinio internazionale: una ragazza svedese, una spagnola, due tedesche. Nel susseguirsi delle visite, l'atmosfera sembra quella di una piccola festa. Gli spazi sono angusti e a noi si aggiungono, a turno, un'infermiera, un'altra dottoressa, i vari pazienti. Il professore si alterna tra la competente supervisione delle tirocinanti cui sono affidate le visite, e le informazioni turistico-culturali. Raccomanda – giustamente! – a una ragazza tedesca di visitare Lucca; erudisce la svedese sulle origini del colore "rosso fiorentino". Nel mio piccolo, per non essere da meno, rispondo a domande su dove poter fare canottaggio a Firenze. Una delle due ragazze tedesche si fa portavoce di una signora in attesa che, non so per quale disturbo, vorrebbe operarsi. Il professore non è d'accordo, ritiene che non ce ne sia la necessità e che un intervento chirurgico non andrebbe mai sottovalutato: pur piccolo che possa essere comporta sempre un margine di rischio. Se ce ne fosse stato bisogno, un chirurgo che assume questa posizione si sarebbe guadagnato tutta la mia stima. Ma il professore l'aveva già ampiamente meritata. Adesso rimane da convincere anche la paziente. Probabilmente vorrà comunque dei giorni di malattia da lavoro e – informano il professore le nostre ospiti teutoniche, risaputamente più ligie alle regole – «noi glieli diamo, siamo in un paese cattolico». Quanto al parlare con la paziente però sono proprio l'assertività e la dolcezza (antitesi solo apparente...) della nostra ospite tedesca a risultare perfette. Tocca a lei informarla, ed io vengo invitato dal professore ad assistere per constatare tale abilità. Niente da dire, la ragazza, oltre ad essere molto bella, è anche molto adatta al ruolo. È il turno della nostra paziente. La medicazione è rapida e indolore; lunedì prossimo sarà il momento di toglierle i punti. Salutiamo e veniamo via. Sulla strada di casa un pensiero insiste nella mia mente: vi prego, adottatemi, voglio stare lì con voi!"

TM

Info: dioscoridi.lorenzo@virgilio.it

BACHECA

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



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

NICOLA VIGIANI, VINCENZO AURIEMMA

Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

La città di Arezzo: analisi delle coperture vaccinali nelle coorti di nascita 2000 e 2010

Parte III



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

Obiettivi

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

Materiali e Metodi

I dati caratterizzanti le coorti di nascita in questione, esaminate con cadenza decennale, sono stati raccolti tramite programma computerizzato nel Distretto di vaccinazioni pediatriche dell'USL 8 di Arezzo.

L'analisi di questi ultimi ha consentito il calcolo della copertura vaccinale a 24 mesi.

Popolazione

La popolazione cui lo studio è rivolto e per la quale si intende inferire riguarda i soli nati nel

Comune di Arezzo delle coorti di nascite prese in esame (Tabella 1).

Risultati

Coperture vaccinali

Il Grafico 1 presenta sull'asse delle **ordinate** il valore della copertura vaccinale espressa in percentuali e sull'asse delle **ascisse** le vaccinazioni effettuate contro **Poliomielite, Epatite B, Difterite e Tetano** (nel grafico non sono riportate le diverse tipologie di vaccino, poiché dopo l'anno 2000 si assisterà all'introduzione in commercio nel nostro paese, di un numero cospicuo di vaccini polivalenti caratterizzati da combinazioni vacciniche differenti).

Conclusioni

Le conclusioni delle analisi si riassumono nella Tabella 2, essa evidenzia un incremento di tutte le coperture vaccinali analizzate tra la coorte di nascita del 2000 e quella del 2010.

Nello specifico si registra un incremento del +0.6% inerente la copertura vaccinale contro la Poliomielite, del +24.3% contro Difterite e Tetano e del +24% contro l'HBV.

I dati ci permettono di concludere l'analisi definendo le coperture per le vaccinazioni obbligatorie, riscontrate nella coorte di nascita del 2010, di assoluta efficacia.

Gli incrementi percentuali riscontrati nella sopracitata coorte, sono senza dubbio attribuibili all'introduzione in Italia nei primi anni 2000 dei vaccini polivalenti, di cui l'esavalente rappresenta il mezzo più utilizzato ed efficace per la prevenzione di più patologie.

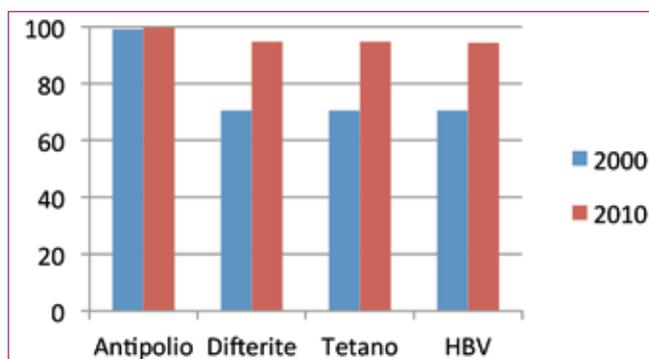


Grafico 1

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

Anno Censimento	Nati vivi annui	Tasso di natalità
2000	695	7.5
2010	871	8.7

VACCINAZIONI RACCOMANDATE

Obiettivi

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

Materiali e metodi

I dati caratterizzanti le coorti di nascita in questione, esaminate con cadenza decennale, sono stati raccolti tramite programma computerizzato nel Distretto di vaccinazioni pediatriche dell'USL 8 di Arezzo.

L'analisi di questi ultimi ha consentito, il calcolo della copertura vaccinale a 24 mesi.

Popolazione

La popolazione cui lo studio è rivolto e per la quale si intende inferire riguarda i soli nati nel Comune di Arezzo delle coorti di nascite prese in esame (Tabella 3).

Le vaccinazioni raccomandate

Il Grafico 2 presenta sull'asse delle ordinate il valore della copertura vaccinale espressa in percentuali e sull'asse delle ascisse i vacci-

ni monovalenti contro **Morbillo** e **Varicella**, il vaccino trivalente **MPR** ed il vaccino quadrivalente **MPRV**.

Coorte di nascita 2000

Morbillo: Copertura vaccinale pari allo 0,7%.

Varicella: Vaccino non introdotto in Italia.

MPR: Copertura vaccinale pari al 79,7%.

MPRV: Vaccino non disponibile.

Coorte di nascita 2010

Morbillo: Copertura vaccinale pari allo 0,3%.

Varicella: Copertura vaccinale pari al 17,8%.

MPR: Copertura vaccinale pari al 27,4%.

MPRV: Copertura vaccinale pari al 61,5%.

Il Grafico 3 presenta sull'asse delle ordinate il valore della copertura vaccinale espressa in percentuali e sull'asse delle ascisse le vaccinazioni effettuate contro **Meningococco sierogruppo C**, **Pneumococco**, **Papilloma virus umano**, **Pertosse** ed **Haemophilus influenzae**.

Coorte di nascita 2000

Meningococco C: Copertura vaccinale pari al 76,7% (dato relativo alla coorte di adolescenti in età compresa tra gli 11 e i 18 anni).

Pertosse: Copertura vaccinale pari al 70,3%.

Haemophilus influenzae: Copertura vaccinale pari al 59,4%.

Papilloma virus: Copertura vaccinale pari al 52,9% (dato relativo alla coorte di adolescenti di sesso femminile al compimento del 12° anno nel 2012).

Pneumococco: Assenza del dato (Giustificazione in merito deriva dalla non esecuzione nei primi anni di vita di questa vaccinazione, poiché non programmata nelle strategie vaccinali

Tabella 2

Vaccinazione	2010	2000
Poliomielite	99.7%	99.1%
Difterite	94.7%	70.4%
Tetano	94.7%	70.4%
HBV	94.4%	70.4%

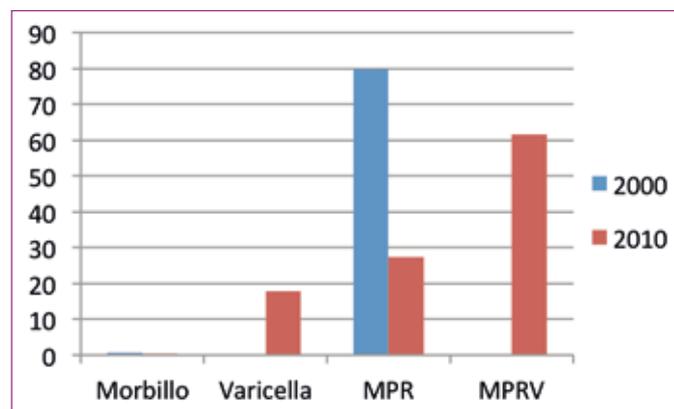


Grafico 2

Vaccino	Introduzione in Italia
Morbillo	1976
Varicella	2005
MPR	1990
MPRV	2010

Tabella 3 - Tasso di natalità: Nati vivi annui: Popolazione media annua x 1000 ab.

Anno Censimento	Nati vivi annui	Tasso di natalità
2000	695	7.5
2010	871	8.7

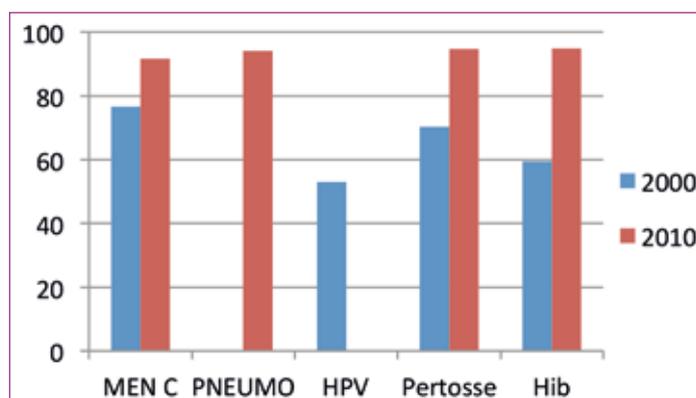


Grafico 3

pediatriche del nostro paese nell'anno 2000, e dall'irreperibilità del dato riguardante i soggetti vaccinati, appartenenti, alla coorte di adolescenti in età compresa tra gli 11 e i 18 anni).

Coorte di nascita 2010

Meningococco C: Copertura vaccinale pari al 91,7%.

Pertosse: Copertura vaccinale pari al 94,7%.

Haemophilus influenzae di tipo b: Copertura vaccinale pari al 94,8%

Papilloma virus: Assenza del dato (Vaccinazione eseguita al compimento del 12° anno di vita).

Pneumococco: Copertura vaccinale pari al pari al 94%

Risultati e Conclusioni

Coperture vaccinali

Le conclusioni dell'analisi si riassumono nella Tabella 4, essa evidenzia il diverso utilizzo delle tipologie di vaccino nelle coorti analizzate e dimostra come nelle stesse alcune coperture vaccinali segnino un netto incremento, è questo il caso del Morbillo che dalla coorte di nascita del 2000 a quella del 2010, sommando le diverse tipologie di vaccino, segnala una crescita del +7,8%, stesso discorso per la Varicella in esponenziale aumento (+79.3%), del Meningococco C (+15%), della Pertosse (+24,4%) e dell'Haemophilus influenzae (+35,4%).

Per quanto riguarda gli aumenti percentuali inerenti le coperture vaccinali contro Morbillo

Tabella 4

Vaccino	2000	2010
Morbillo	0.7%	0.3%
Varicella	-	17.8%
MPR	79.7%	27.4%
MPRV	-	61.5%
MEN C	76.7%	91.7%
Pertosse	70.3%	94.7%
Hib	59.4%	94.8%
HPV	52.9%	-
Pneumococco	-	94%

e Varicella, essi sono senza dubbio attribuibili all'introduzione in commercio nel nostro paese dei vaccini combinati MPR e MPRV. Discorso simile è da farsi per il riscontro di aumentate coperture contro Pertosse ed Haemophilus influenzae, indubbiamente, infatti, esse andrebbero a sfruttare l'effetto di trascinamento delle vaccinazioni obbligatorie, creato anche in questo caso dai vaccini combinati, di cui l'esavalente rappresenta il mezzo più utilizzato ed efficace per la prevenzione di più patologie. Non vi sono termini utili di paragone tra le due coorti, infine, per analizzare le coperture vaccinali inerenti il Papilloma virus umano e lo Pneumococco. **TM**

Info: vincenzo.auriemma@pec.it

CORSI E SEMINARI

Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria

XVI Corso di Perfezionamento, a.a. 2014/2015

Università degli Studi di Firenze - Clinica di Malattie Infettive

Sede: aula didattica della Piastra dei Servizi, AOU Careggi, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze - **Direttore del Corso:** prof. Alessandro Bartoloni (e-mail: alessandro.bartoloni@unifi.it, tel. 055/7949431) - **Struttura:** il Corso si articola in 4 moduli di quattro giorni ciascuno con orario dalle 9:00 alle 18:00 (16-17-18-19 marzo 2015; 13-14-15-16 aprile 2015; 18-19-20-21 maggio 2015; 15-16-17-18 giugno 2015) - **Obiettivi:** fornire le basi culturali sia per assicurare una risposta qualificata alla domanda di salute nei viaggiatori internazionali e negli immigrati che per facilitare l'inserimento dell'operatore in programmi di cooperazione sanitaria internazionale - **Scadenza iscrizione:** 27 febbraio 2015 - **Prezzo:** 1000 Euro - **Informazioni e iscrizione:** Segreteria Corsi di Perfezionamento, NIC Didattica - AOU Careggi, Pad.3 - Stanza 125 - Primo piano, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze, tel 055/7944288, fax 055/7946699, e-mail segr-perfez@polobiotec.unifi.it, sito www.unifi.it/vp-10211-dipartimento-di-medicina-sperimentale-e-clinica.html#medicina oppure http://www.polobiotec.unifi.it/CMpro-v-p-1465.html - **ECM:** in fase di accreditamento per tutte le specializzazioni sanitarie.

ROBERTO ROMIZI

La funzione sociale del medico

promotore di salute e di ambiente

Tutti gli uomini sono responsabili dell'Ambiente. I Medici lo sono due volte

Documento presentato in occasione della Conferenza Nazionale "L'impatto sanitario del carbone. La funzione sociale del medico: promotore di salute e di ambiente" (Savona - 15 Luglio 2014)

Quanto incide l'impatto dell'ambiente sulla salute?

L'OMS in una meta-analisi pubblicata nel 2006 – intitolata: *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease* – stima, per altro in modo precauzionale, che il 24% della malattie e il 23% delle morti possa essere attribuito ai fattori ambientali e che più di un terzo delle patologie nei bambini è dovuto a fattori ambientali modificabili.

In realtà **l'inquinamento** è un fenomeno **ubiquitario e capillare e l'esposizione agli agenti epi-genotossici fisici** (radiazioni ionizzanti e non), **chimici** (metalli pesanti, interferenti endocrini, pesticidi, diossina), **biologici** (transgenici e virus), che persistono nell'ambiente, si **bio-accumulano** negli esseri umani e causano trasformazioni del genoma, va ad interessare **tutta la popolazione umana, le generazioni future, l'intera ecosfera**. Inoltre riguarda non solo le patologie neoplastiche, ma **tutte le patologie cronico-degenerative** (cardio-vascolari, immuno-mediate/immuno-flogistiche, neuro-endocrine, neuro-degenerative, respiratorie).

Il medico può cogliere le occasioni offerte dalla propria attività professionale per diffondere utili e precise informazioni su questioni di salute e di comportamento nei confronti dei pazienti e della comunità.

Le campagne educative sono quindi utili ma non sufficienti: l'unica Prevenzione Primaria che viene tuttora attuata è quella che concerne le scelte individuali, e cioè alimentazione, esercizio fisico e fumo. *Ai cittadini si attribuisce la responsabilità della propria salute, attenuando quella politico-istituzionale che mostra le carenze in materia di prevenzione primaria.* Il principale intervento di prevenzione primaria è infatti quello basato sulla eliminazione o almeno riduzione dei fattori di rischio ambientali, che risulta però difficile e complesso: la prevenzione primaria si è spesso incagliata su **ostilità sollevate da chi sentiva i propri profitti e interessi finanziari minacciati.**

Il medico deve adottare il **principio di responsabilità**. Ha cioè il **dovere di informare e deve impedire l'occultamento di informazioni** su possibili rischi per la salute (Lorenzo Tomatis).

Il medico utilizza la sua competenza sui fattori di rischio per la valutazione dei sintomi dei singoli pazienti e per orientare le diagnosi e può sviluppare una competenza per la valutazione epidemiologica delle malattie a livello comunitario impegnandosi attivamente nella raccolta di dati e di informazioni (medici sentinella). Lo studio, pur fondamentale, delle evidenze epidemiologiche, non consente però una tempestiva azione di prevenzione: l'epidemiologia arriva sempre troppo tardi!

Che fare? Promuovere il PRINCIPIO DI PRECAUZIONE contro il conservatorismo scientifico

È un approccio alla **gestione dei rischi** che si esercita in una situazione d'incertezza scientifica, che reclama un'esigenza d'intervento di fronte ad un **rischio** potenzialmente grave, senza attendere i risultati della ricerca scientifica. Il principio contrasta l'atteggiamento di "stare a vedere cosa succederà prima di prendere provvedimenti" per non turbare interessi in gioco diversi da quelli di salute. [Trattato Istitutivo dell'UE, art. 174, comma 2 (Maastricht. 1992) - Conferenza ONU Ambiente e Sviluppo - Principio 15 (Rio de Janeiro, 1992)].

Nelle aree a rischio le attività potenzialmente pericolose vengono comunque permesse, dato che le regole della scienza tradizionale richiedono forti evidenze per individuare l'effetto dannoso.

Questo **conservatorismo scientifico** è favorevole ai promotori di attività o tecnologie potenzialmente pericolose in quanto la ricerca non è in grado di produrre dati sufficienti a dimostrare **il rischio**.

Oggi le agenzie governative sono poste nella condizione di dover attendere la chiara dimostrazione del danno, prima di poter intervenire.



Roberto Romizi, Promotore Centro Ricerca e Formaz. Socio-Sanitario e Ambientale Francesco Redi (1989). Promotore (1991) e Coord. Progetto Arezzo Salute Ambiente (Progetto Città Sane di Arezzo accreditato da OMS - 1999). Membro Comitato Tecnico della Rete It. Città Sane/OMS (1998). Membro Gruppo di Lavoro FNOMCeO "Professione-Salute e Ambiente-Sviluppo" (2009). Fondatore (1989) e Pres. Ass. Medici per l'Ambiente - ISDE Italia. Co-fondatore (1990) e Pres. International Society of Doctors for Environment - ISDE (accreditato da OMS e NU).

Quando esiste una forte incertezza circa i rischi e i benefici la decisione dovrebbe tendere più verso la cautela per l'ambiente e la salute pubblica.

Le domande dei politici focalizzano l'attenzione sulla quantificazione di un potenziale pericolo piuttosto che sulla prevenzione: qual è il rischio posto da questa attività? È significativo? Qual è il rischio accettabile?

Occorrerebbe invece che si domandassero: l'attività proposta è necessaria? Quanta contaminazione possiamo evitare, pur raggiungendo gli stessi obiettivi previsti? Esistono alternative che escludono del tutto il pericolo? (D. Kriebel e J. Tickner, 2003 modificato).

Non esiste peraltro un effetto soglia, ossia una concentrazione al di sotto della quale non si registrano effetti sulla salute. I limiti di legge sono parametrati su condizioni storico-politico-geografiche e sono sempre calcolati su individui adulti, mentre per esempio i bambini e gli organismi in accrescimento possono avere una suscettibilità totalmente diversa. Bisogna anche tener conto della *biomagnificazione*, cioè il **processo** di **bioaccumulo** di sostanze **tossiche** e nocive negli esseri viventi con un aumento di concentrazione di queste sostanze all'interno degli **organismi** dal basso verso l'alto della **catena alimentare**.

Il medico attraverso le sue organizzazioni deve assistere la preparazione di leggi e dichiarazioni programmatiche, esprimendosi pubblicamente sui principali argomenti; sollecitare le autorità governative affinché la **salute** sia individuata come **priorità** delle loro azioni; prendere la difesa dei pazienti-**advocacy**; implementare gli esistenti codici etici per medici includendo le responsabilità nei confronti dell'ambiente (per esempio la conservazione delle risorse, le politiche dei consumi) ma anche dell'equità, della pace, ecc.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri nel nuovo Codice di deontologia medica licenziato il 18 Maggio 2014 all'art. 5 "promozione della salute, ambiente e salute globale" recita: "Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio. Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni".

Un ulteriore strumento introdotto dal-

L'OMS è LA VALUTAZIONE DI IMPATTO SULLA SALUTE - VIS (Health Impact Assessment, HIA) i cui obiettivi sono valutare i potenziali impatti sulla salute -positivi e negativi- delle politiche, dei programmi e dei progetti, nonché migliorare la qualità delle decisioni in materia di politiche pubbliche tramite raccomandazioni che rafforzino gli impatti positivi sulla salute e minimizzino quelli negativi. "Produrre conoscenze adeguate non ha impatto sulla salute finché queste non sono trasferite efficacemente ai decisori politici" (Michael Marmot).

Le attuali crisi mondiali (clima, energia, sicurezza alimentare, acqua, povertà, salute delle popolazioni, sicurezza finanziaria) **sono tutte interdipendenti**.

L'impegno dei medici e degli altri operatori della salute non può arrestarsi su di un'opera di **contenimento e riparazione** dei danni diretti e immediati degli agenti patogeni, ma deve anche proiettarsi su un'azione a monte di più ampio respiro, affinché la società nella quale viviamo **modifichi le sue priorità** in favore della **salvaguardia della salute** segnatamente dei bambini di oggi e delle generazioni future.

"Non è mai successo che i padri cercassero di mangiarsi il mondo, rubandolo ai loro figli" (Franco Panizon).

Invece di accettare una società basata sul mito della crescita economica, è possibile pensare a uno sviluppo che dia priorità alla qualità della vita e all'equità sociale, ponendo il mantenimento della salute al di sopra dell'interesse economico.

Si tratta di fare una rivoluzione culturale: "vivere più semplice per far semplicemente vivere gli altri" (M. Ghandi).

Il cuore del problema è l'approccio economico-utilitaristico dell'attuale modello di sviluppo che persegue una crescita illimitata, promuove un'economia dello spreco a uso intensivo di energia e di risorse, che generano rifiuti e inquinamento e dissipano le risorse naturali della Terra. Anche la moderna medicina spreca immense risorse in esami inutili e terapie inappropriate: questa è la ragione vera per la quale la sanità costa sempre di più e diventa insostenibile.

«Niente crescita» non è la soluzione. La sfida cruciale è passare a un sistema che sia economicamente valido, ecologicamente sostenibile e socialmente equo. **TM**

ASSOCIAZIONE MEDICI PER L'AMBIENTE ISDE Italia

Via della Fioraia, 17/19 - 52100 Arezzo - Tel. 0575-22256 Fax. 0575-28676, E-mail isde@ats.it , Web www.isde.it. Affiliata all'ISDE (International Society of Doctors for the Environment) www.isde.org.

Info: isde@ats.it

SANDRO DOMENICHETTI, ALESSANDRA RISPOLI¹, STEFANIA BIANCHINI²,
ANNALISA PICCINI³, MARCO LISI⁴, ROSANNA PERONE⁵

Ri-trovarsi nella crisi

La funzione psicologica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura



Sandro Domenichetti,
Psichiatra Responsabile
Unità Funzionale Salute
Mentale Adulti, Firenze

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), sede elettiva per la gestione dell'acuzie e dell'urgenza psichiatrica, dovrebbe rappresentare la porta di ingresso di un percorso che, potenzialmente, può riattivare le risorse evolutive del malato e avviare un processo di cambiamento che troverà il suo sviluppo a lungo termine nel lavoro terapeutico ambulatoriale.

I risultati di diversi studi hanno evidenziato come gli esiti migliori nei disturbi mentali gravi vengano raggiunti grazie ad un approccio capace di integrare trattamenti farmacologici, psicologici e riabilitativi. In particolare, l'intervento cognitivo-comportamentale risulta efficace anche se applicato in gruppo, in fase acuta di malattia psicotica, come dimostrato da diversi anni in due importanti studi randomizzati.

Sulla base di queste premesse, nei programmi terapeutici del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Oblate e Santa Maria Nuova di Firenze, da circa 2 anni, è stata istituita una dimensione grupale che aiuti il paziente "ad essere ricondotto dall'altrove dove si sta situando -sintomo, delirio, dissociazione- al qui ed ora".

Il lavoro psicologico in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura intende fornire strategie riabilitative "precoci" tramite un approccio che adatta al gruppo il trattamento individuale cognitivo-comportamentale delle psicosi descritto da Fowler e del modello psicoeducativo integrato di Falloon, basato sul modello stress-vulnerabilità-coping.

I gruppi, a cadenza bisettimanale, vengono organizzati e condotti da uno psicologo affiancato da due operatori. Tale attività, nonostante l'urgenza e la brevità dell'intervento, si è dimostrata un valido strumento che integra la qualità delle cure offerte.

Essendo la crisi una pausa, una morte ed una nascita dolorosa, come dice Resnik, esige come presupposto di partenza la riscoperta di una funzionalità positiva, come vicinanza e appoggio. All'interno del gruppo perciò viene data particolare attenzione al chiamare, sostenere, riconoscere e far circolare i segnali affettivi che si presentano nello spazio relazionale, promuovendo la coesione e intervenendo in modo da favorire gli interscambi tra i partecipanti, assicu-

rando che a tutti venga riconosciuto uno spazio di parola e di ascolto.

Gli obiettivi dell'intervento sono:

- ottenere la partecipazione attiva ed informata dei pazienti alle cure;
- aiutare a "normalizzare" la propria esperienza di malattia (cioè ad avere una visione "dimensionale" e non "categoriale");
- ridurre l'isolamento mediante la condivisione dell'esperienza di gruppo;
- aumentare la *compliance* al trattamento durante il ricovero e dopo la dimissione;
- migliorare le abilità di riconoscimento dei segni precoci di crisi;
- migliorare autocontrollo e autostima.

Nel 2013 il numero totale delle prestazioni nei gruppi nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Oblate è stato di **389**, per un totale di **176** utenti (pari al 38% del totale dei ricoverati, Figura 1; in Figura 2 i SOS di appartenenza). Rispetto alla totalità delle prestazioni effettuate circa $\frac{1}{4}$ di queste (**103**), sono da attribuire a pazienti dimessi che sono tornati al gruppo, con frequenza media di **13** incontri.

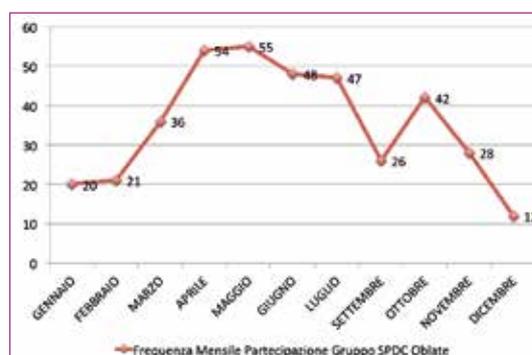


Figura 1 - Frequenza Mensile di partecipazione.

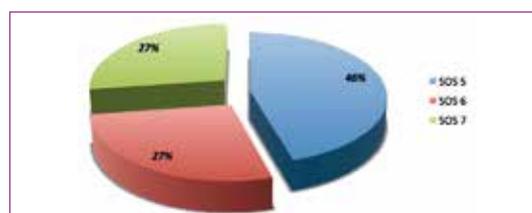


Figura 2 - Percentuale SOS appartenenza SPDC Oblate.

¹ Psicoterapeuta Progetto Psicoeducazione ASL 10 Firenze

² Coordinatrice Infermieri Struttura Operativa Semplice Salute Mentale Adulti 5/SPDC "Oblate"

³ Coordinatrice Infermieri Struttura Operativa Semplice Salute Mentale Adulti 2/SPDC Santa Maria Nuova

⁴ Psicologo specializzando Progetto Psicoeducazione ASL 10 Firenze

⁵ Psicologa SOS SMA 5, ASL 10 Firenze

Nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Santa Maria Nuova, il numero totale delle prestazioni nei gruppi è stato di **137**, per un totale di **116** utenti (pari al 29% del totale dei ricoverati, Figura 3; in Figura 4 i SOS di appartenenza).

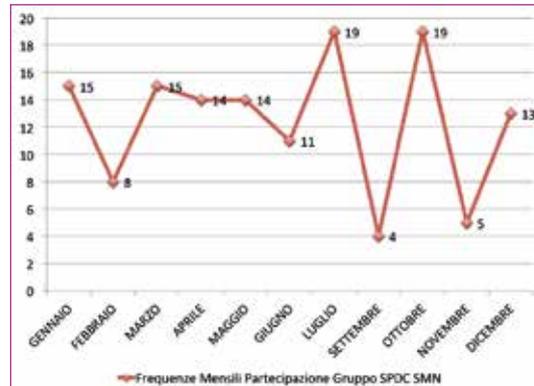


Figura 3 - Frequenza Mensile di partecipazione.

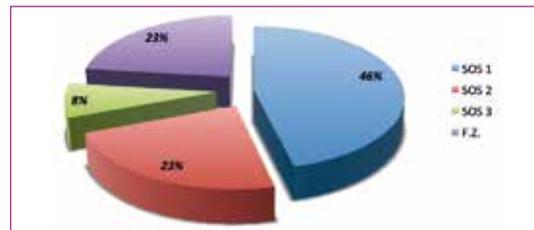


Figura 4 - Percentuale SOS appartenenza SPDC Santa Maria Nuova.

Il personale sanitario formato è stato parte attiva nell'organizzazione e realizzazione dei gruppi. In particolare, **26** gli infermieri partecipanti al progetto, **19** invece gli operatori socio-sanitari. Ognuno ha partecipato ad almeno **8** incontri, ritenendo l'attività efficace per i pazienti che ne hanno usufruito. È stato possibile inoltre evidenziare come questo intervento sia andato ad aumentare la percezione di efficacia degli operatori, determinando anche un miglio-

ramento nel rapporto tra i colleghi ed andando ad aumentare la soddisfazione lavorativa.

Sebbene la funzione psicologica, intesa come "cura dell'anima", all'interno di una struttura ospedaliera tradizionalmente dedicata alla cura dei processi mentali più complessi, appare spesso un'anomalia, *ultima inter pares*, perché avulsa dalla logica della *restitutio ad integrum* propria della medicina, l'esperienza maturata ci ha consentito di giungere ad alcune conclusioni.

Il gruppo accoglie, ascolta e contiene le ansie, le stranezze e le paure dei singoli. Durante gli incontri vengono espresse e condivise storie e sofferenze spesso simili tra loro; ciò consente il superamento della solitudine e della convinzione di essere soli a soffrire e permette di immaginare la possibilità di superare le proprie difficoltà. Abbiamo visto che quando il soggetto riesce a individuare i propri segni precoci di crisi può riuscire a raggiungere una maggiore consapevolezza di malattia, che parlando insieme dei sintomi per cui si prova spesso vergogna è possibile trovare la forza per affrontarli e facilmente questa forza si trasmette al gruppo. Abbiamo inoltre rilevato che sollecitando i pazienti ad assumere un ruolo attivo durante la definizione del loro trattamento e informando sulle possibilità future, è possibile ottenere una diminuzione del tempo di latenza tra la dimissione dal reparto e la presa in carico territoriale.

Non ultimo la funzione dell'accoglienza e del "sentirsi ascoltati" permette di non vedere il reparto di Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura solo come un luogo di acuzia psichiatrica e farmacoterapia, ma come uno spazio di aiuto, di condivisione e di possibilità.

Lo spazio di ascolto psicologico può dunque rappresentare un'area neutrale per il paziente, spesso critico verso la terapia farmacologica per la scarsa o assente consapevolezza di malattia; e lo psicologo farsi alleato, moderatore e mediatore. Tra follia e normalità, bisogno di cura e negazione, accettazione e rifiuto. **TM**



EDIZIONI TASSINARI

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

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

Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo / Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita

ULTIME NOVITA!

RILEGATURE
ARTIGIANALI
IN CARTONATO



STAMPA SU TESSUTO

NOVITÀ EDITORIALI

Trattato di podologia

Suddiviso in due volumi

È un'opera originale che consente di cogliere, nella sua estensione, lo spazio affidato alla responsabilità del moderno Podologo garantendo, con una rigorosa competenza, la soluzione dei casi anche complessi.



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

www.edizionitassinari.it - pre.stampa@edizionitassinari.it

LUIGI SANTOIEEMMA, SAFFI GIUSTINI

2013 ACC/AHA Blood Cholesterol Guideline

<http://circ.ahajournals.org>

L'Expert Panel 2013 del ACC/AHA era costituito da 16 membri del "National Heart, Lung, and Blood Institute Adult Treatment Panel (ATP) IV" e la revisione del loro documento è stata fatta da 23 esperti "revisori e rappresentanti" di agenzie federali.

Le raccomandazioni espresse dall'"expert panel" sono il frutto di una attenta considerazione di un vasto insieme di evidenze di altissima qualità, derivate da studi clinici randomizzati (RCTs), da reviews e da metanalisi di RCTs.

Elementi di novità

Identificazione di 4 gruppi di pazienti che possono ottenere giovamento dalla riduzione del Rischio di Malattia CardioVascolare Aterosclerotica (ASCVD*) e di terapia con statine ad alta e moderata intensità per uso in prevenzione primaria e secondaria.

- *soggetti con ASCVD clinica;*
- *soggetti con aumento primitivo di LDL-C > 190 mg/dl;*
- *soggetti tra i 40 e i 75 anni diabetici con LDL-C compreso tra 70-189 mg/dl;*
- *soggetti senza ASCVD clinica o diabete di età tra 40 e 75 anni con LDL-C tra 70 e 189 mg/dl e un rischio di ASCVD a 10 anni del 7,5 % o maggiore.*

* **ASCVD** include: sindromi coronariche acute, storia di IMA, angina stabile o instabile, rivascolarizzazione coronarica o arteriosa, ictus, TIA, malattia arteriosa periferica di presumibile origine aterosclerotica (Tabella 1).

Tabella 1

Terapia con statine ad alta attività	Terapia con statine a moderata attività	Terapia con statine a bassa attività
La dose media giornaliera ridurrà mediamente il LDL-C del 50%	La dose media giornaliera ridurrà mediamente il LDL-C dal 30 al 50%	La dose media giornaliera ridurrà mediamente il LDL-C < 30%
Atorvastatina (40*) 80 mg Rosuvastatina (40**) 20 mg	Atorvastatina (20**) 10 mg Rosuvastatina (5**) 10 mg Simvastatina 20-40 mg Pravastatina (80**) 40 mg Fluvastatina XL 80** mg Fluvastatina 40X2 mg Pitavastatina 2-4*** mg	Simvastatina 10** mg Pravastatina 10-20 mg Lovastatina 20 mg Fluvastatina 20**-40** mg Pitavastatina *** 1 mg

* evidenza in 1 solo RCT.

** dosaggi approvati da FDA ma non testati nei RCT considerati nella revisione.

*** non in commercio in Italia.

Una nuova prospettiva negli obiettivi del trattamento del LDL-C e/o nonHDL-C

- Non ci sono evidenze che permettano di continuare a usare specifici targets di LDL-C e/o nonHDL-C.
- L'appropriata intensità della terapia con statine deve essere usata per ridurre il rischio CV per il maggior beneficio possibile.
- Terapie diverse dalle statine non forniscono un accettabile rapporto beneficio/danno potenziale.

Valutazione del Rischio Globale in Prevenzione Primaria

Queste Linee Guida raccomandano l'uso del nuovo Calcolatore Pooled Cohort Equations per stimare il rischio di ASCVD a 10 anni e identificano quali gruppi a rischio alto possono ricavare il maggior beneficio dalla terapia con statine e quali potrebbero non beneficiarne: <http://www.cardiosource.org/science-and-quality/practice-guidelines-and-quality-standards/2013-prevention-guideline-tools.aspx>.

Prima dell'avvio della terapia è raccomandata una condivisione tra clinico e paziente.

Raccomandazioni sulla sicurezza

- Vengono individuate importanti considerazioni sulla sicurezza del trattamento.
- Forniscono una guida sulla gestione degli eventi avversi.



Luigi Santoiemma, medico di medicina generale di Bari, Area Nazionale del Farmaco SIMG, Componente Commissione Appropriatezza prescrittiva Regione Puglia



Saffi Giustini, medico di medicina generale, Modulo eCCM Montale (PT) - responsabile dell'Area Nazionale del Farmaco SIMG - Comitato consultivo AIFA Cure Primarie

Ruolo di biomarcatori e test non invasivi

La decisione terapeutica per pazienti non inclusi nei 4 gruppi può essere decisa per altri fattori come raccomandato dal Risk Assessment Work Group:

- LDL-C > 160 mg/dl o altra evidenza di iperlipidemia familiare;
- storia familiare di ASCVD in parenti di primo grado < 55 aa nei maschi e < 65 nelle femmine;

- PCR ad alta sensibilità > 2 mg/dl;
- deposizione di calcio nell'aorta(CAC) > 300 Agaton o > 75 percentile per età sesso ed etnia;
- indice gamba/braccio < 0,9;
- rischio elevato di ASCVD nell'arco di vita.

Aggiornamenti delle Linee Guida

Futuri aggiornamenti saranno implementati in base a nuovi dati emergenti su:

- ipertrigliceridemia;

Tabella 2

RACCOMANDAZIONI	FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE / LIVELLO DI EVIDENZA ^
Target dei trattamenti	
Non raccomandazione pro o contro specifici targets di LDL-C o nonHDL-C.	N/A
Prevenzione secondaria	
Terapia ad alta intensità con statine in pazienti <75 aa con ASCVD clinica.	IA
In pazienti con ASCVD clinica che non possono usare terapia ad alta intensità con statine, se controindicata o in previsione di eventi avversi, deve essere consigliata una terapia a moderata intensità con statine.	IA
In pazienti con ASCVD clinica >75 aa deve essere valutato il potenziale dei benefici e dei rischi avviando una terapia a moderata o alta intensità con statine. È ragionevole continuare con la terapia al momento tollerata.	Ila B
Prevenzione primaria in soggetti ≥ 21 aa con LDL-C ≥ 190 mg/dl	
Soggetti con LDL-C >190 mg/dl o trigliceridi >500 mg/dl devono essere valutati per cause secondarie di iperlipidemia.	IB
Adulti >21 aa con LDL-C primitivo >190 mg/dl devono ricevere terapia con statine ad alta intensità se non controindicata o con la massima dose tollerata di statine.	IB
In adulti >21 anni con LDL-C >190 mg/dl in corso di trattamento, intensificare la terapia con statine per raggiungere almeno una riduzione del 50%.	Ila B
Adulti >21 anni con LDL-C >190 mg/dl dopo aver raggiunto la massima intensità di terapia con statine, considerare l'aggiunta di altro farmaco per ridurre il LDL-C.	Ilb B
Prevenzione primaria in soggetti con Diabete Mellito e LDL-C 70-189 mg/dl	
Una terapia con statine a moderata intensità deve essere avviata o continuata in adulti diabetici tra 40 e 75 anni.	IA
Una terapia con statine ad alta intensità è proponibile per diabetici con età tra 40 e 75 anni con un rischio* ASCVD a 10 aa >7,5%, se non controindicata.	Ila B
In adulti diabetici con <40 o >75 anni è ragionevole valutare il rapporto beneficio/danno, le possibili interazioni e considerare le preferenze del paziente prima di avviare, continuare o intensificare una terapia con statine.	Ila C
Prevenzione primaria in individui senza Diabete Mellito e con LDL-C tra 70 e 189 mg/dl	
Le Pooled Cohort Equations dovrebbero essere usate per stimare il rischio ASCVD a 10 anni in individui senza ASCVD clinica e LDL-C tra 70 e 189 mg/dl per avviare una terapia con statine per la riduzione del rischio.	IB
Adulti tra 40 e 75 anni con LDL-C tra 70 e 189, senza ASCVD clinica o diabete e un rischio a 10 anni >7,5 %, dovrebbero essere trattati con una terapia con statine ad intensità moderata-alta.	IA
È ragionevole offrire una terapia con statine a moderata intensità ad adulti tra 40 e 75 anni, con LDL-C tra 70 e 189 mg/dl, senza ASCVD clinica o diabete, e un rischio stimato tra 5% e <7,5%.	Ila B
Prima di iniziare una terapia con statine in prevenzione primaria in adulti con LDL-C tra 70 e 189 mg/dl, senza ASCVD o diabete, è ragionevole avviare un confronto tra clinico e paziente per considerare il rapporto beneficio/danno, le interazioni tra farmaci e le preferenze del paziente.	Ila C
In adulti con LDL-C <190 mg/dl che non sono altrimenti identificati in uno dei 4 gruppi che riceve beneficio dal trattamento con statine o per i quali, dopo una valutazione quantitativa del rischio rimane dubbia la decisione del trattamento, possono essere considerati fattori addizionali** per assistere la decisione di trattare. In questi individui, può essere considerata una terapia con statine in prevenzione primaria dopo valutazione della potenziale riduzione del rischio di ASCVD, eventi avversi, interazioni tra farmaci e discussione delle preferenze del paziente.	Ilb C
Scompenso cardio-circolatorio ed Emodialisi	
L'Expert Panel non fornisce raccomandazioni sull'avvio o la sospensione di statine in pazienti con scompenso sistolico ischemico classe NYHA II-IV o in pazienti in emodialisi.	--

^ per l'esplicitazione della Forza delle Raccomandazioni e del Livello di Evidenza vedere in : Stone NJ et al. 2013 Acc/AHA Blood Cholesterol Guideline - <http://circ.ahajournals.org/lookup/suppl/doi:10.1161/01.cir.0000437738.63853.7a/-/DC1>

* Rischio ASCVD include: prima occorrenza di IMA non fatale, morte cardiovascolare, ictus fatale e non fatale. Ricavato dalle Pooled Cohort Equations.

** • LDL-C > 160 mg/dl o altra evidenza di iperlipidemia familiare;
 • storia familiare di ASCVD in parenti di primo grado <55 aa nei maschi e <65 nelle femmine;
 • PCR ad alta sensibilità >2 mg/dl;
 • deposizione di calcio nell'aorta(CAC) >300 Agaton o >75 percentile per età sesso ed etnia;
 • indice gamba/braccio <0,9;
 • rischio elevato di ASCVD nell'arco di vita.

- uso del nonHDL-C;
- ruolo nella decisione di trattamento di Apo B, Lp(a);
- uso di imaging non invasiva nella definizione del rischio;
- rischio di ASCVD "lifetime" ed età ottimale di avvio di terapia con statine per ridurre questo rischio;
- sottogruppi di pazienti con scompenso di circolo o sottoposti ad emodialisi che possono giovare di terapia con statine (Tabella 2).

In sintesi le differenze più evidenti rispetto alle Linee Guida ESC 2012

1. La terapia con statine non viene decisa e proposta sulla base di targets di LDL-C da raggiungere ma:

- a) per condizioni cliniche che ne possono beneficiare in termini di riduzione del rischio di eventi CV, per la prevenzione se-

condaria;

- b) in soggetti con LDL-C > 190 mg/dl o con un rischio significativo di eventi CV a 10 anni e LDL-C compreso tra 70 e 189 mg/dl, per la prevenzione primaria.

2. Non viene valutata l'attività ipocolesterolemizzante in sé di una statina, ma l'intensità di cura, tenendo in evidenza le diverse molecole ai differenti dosaggi.

3. In Prevenzione Primaria, elemento decisionale molto forte, con prescrizione di cura ad alta intensità, è un valore di LDL-C > 190 mg/dl, indipendentemente dalla stima del rischio di ASCVD a 10 anni ricavata dalle Pooled Cohort Equations. In quest'area, evidentemente, rientreranno le forme familiari ma gli estensori delle LG non si soffermano sul tentativo di diagnosi delle stesse ma guardano al LDL-C. **TM**

Info: drsaffigiustini@gmail.com

FABIO FRANCHINI, LAURA DAINELLI¹

Giovani e alcol

La trappola invisibile

Sull'alcol si leggono quotidianamente notizie contraddittorie e fuorvianti provenienti dal mondo scientifico. Ci sono studi che ne attestano effetti benefici, altri che ne evidenziano i rischi. Qual è la verità? Che cosa si sa veramente oggi degli alcolici e dei loro effetti? Perché è difficile smettere di bere quando si è cominciato? E ancora di più accorgersi che si sta imboccando la strada verso un bere problematico?

A differenza del fumo, i cui effetti negativi per la salute possono presentarsi dopo decenni di uso abituale di sigarette, l'alcol può esporre a forti rischi anche come conseguenza di un singolo o occasionale episodio di consumo, spesso erroneamente valutato come moderato.

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e con una capacità di indurre dipendenza, superiore alle sostanze o droghe illegali più conosciute.

Al contrario di quanto si ritiene comunemente, l'alcol, pur apportando circa 7 Kcalorie per grammo, non è un nutriente (come ad esempio lo sono le proteine, i carboidrati o i grassi alimentari) e il suo consumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni; risulta invece fonte di danno diretto alle cellule di molti organi tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale. Il luogo comune per eccellenza sull'alcol è "Il vino rosso fa bene!". È un paradosso medico individuato inizialmente studiando le abitudini alimentari dei francesi che sostiene che un'alimentazione ricca di grassi, e quindi rischiosa per il cuore, lo è in realtà molto meno se a essa si associa l'assunzione con-

tinuativa di moderate dosi (1/2 bicchieri al giorno) di vino rosso. La comunità scientifica è oggi unanime nel ritenere che il potere benefico del vino rosso risieda nelle leuococianine, sostanze che si trovano nelle cuticole esterne dei semi degli acini d'uva.

In base alle conoscenze attuali non è possibile identificare delle quantità di consumo alcolico raccomandabili o "sicure" per la salute. Ai fini della tutela della salute è più adeguato parlare di quantità "a basso rischio", evidenziando che il rischio esiste a qualunque livello di consumo ed aumenta progressivamente con l'incremento delle quantità di bevande alcoliche consumate.

È facile per un bevitore sottovalutare gli effetti dell'alcol, sia perché spesso chi beve è molto abituato a sopportarne gli effetti (fenomeno della tolleranza), sia perché ha la sensazione e la pre-sunzione di tenerlo sotto controllo.

Nessun esame del sangue o analisi simile permette di capire quando si sia superato il confine tra bevitore occasionale e bevitore cronico. In questo periodo in Italia il problema è molto diffuso tra gli adolescenti e i giovani adulti, soprattutto grazie alla nascita di nuovi stili di vita come l'"happy hour" diventato ormai un rito collettivo che ha causato l'incremento esponenziale del consumo di aperitivo tra i giovani. In Europa, il 25% dei decessi registrati tra i giovani è causato dall'alcol; l'alcol rappresenta la prima causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni (Tabella 1).

L'aumento del consumo di alcol tra gli adolescenti è preoccupante se consideriamo che sono



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

¹ Counselor

Tabella 1

I NUMERI DELL'ALCOL E I GIOVANI

Consumi

Età di consumo del primo bicchiere	11-12 anni
Consumatori a rischio di alcolici -11 anni e più	circa 9 milioni
Giovani a rischio al di sotto dell'età legale	Oltre 500.000
Popolazione di 11 anni e più che si è ubriacata almeno una volta nell'anno	7,30%
Adolescenti (18-24enni) che consumano alcol fuori dai pasti	Maschi 49,4 Femmine 33,5%

più vulnerabili agli effetti tossici dell'alcol. La loro capacità di metabolizzare la molecola dell'alcol è rispetto a quella di un adulto, molto ridotta in relazione alla scarsa presenza dell'enzima alcoldeidrogenasi responsabile della scomposizione della molecola stessa. Questo enzima viene prodotto naturalmente nell'uomo in età adulta per cui fino all'età di circa 18 anni l'OMS consiglia l'astinenza da bevande alcoliche. Questo elemento, sommato al fatto che prima si istaura una relazione con la sostanza alcol, più facilmente questa relazione può diventare forte e difficile da interrompere in età adulta.

Il problema dell'alcol, e in particolare con i giovani, è profondamente legato alle pressioni sociali della cultura vigente. In Italia il battesimo dell'alcol avviene ad 11/12 anni ed è l'età più bassa registrata in tutta l'Unione Europea dove la media è 14 anni e mezzo, nonostante in Italia la legge vieti di somministrare e vendere alcolici a chi ha meno di 16 anni.

Per catturare i clienti più giovani poco attratti dai superalcolici come grappa o gin sono stati lanciati sul mercato dai maghi del marketing gli "alcol-pops" vere e proprie trappole invisibili, bevande alcoliche veloci da bere mascherate da bibite analcoliche, vendute in bottiglia o lattine coloratissime che fanno tendenza, anche il gusto inganna, dolcificanti ed estratti di frutta danno loro un sapore dolce che copre quello dell'alcol, eppure contengono vodka, rum ed altri superalcolici e spesso anche caffeina. Bere è un rito di passaggio verso l'età adulta, si beve per socializzare,

per sentirsi sicuri e per far parte del gruppo.

Come indica "Il Piano di Azione Europeo" sull'Alcol dell'OMS è necessario avviare nelle scuole, nei luoghi di lavoro e all'interno della comunità locale delle azioni che favoriscono la salute al fine di proteggere i giovani dalle pressioni che si esercitano nei loro confronti per incitarli a bere e, d'altra parte di attenuare l'ampiezza e la gravità dei danni causati dall'alcol. I comportamenti dei giovani sono fortemente influenzati dalla globalizzazione dei media, più possibilità e disponibilità economiche, li rendono più vulnerabili alle tecniche di vendite dei prodotti di consumo e delle sostanze potenzialmente nocive come l'alcol.

Le principali tendenze, indicano un maggior accostamento dei giovani all'alcol e uno sviluppo di modelli di consumo ad alto rischio come l'abuso e l'ubriachezza soprattutto da parte degli adolescenti e di giovani adulti, così come il consumo concomitante di alcol con altre sostanze psicotrope (politossicomanie).

I giovani sono più vulnerabili ai danni psichici, emotivi e sociali causati dal proprio consumo di alcol o da quello di altre persone. Esistono dei chiari legami tra l'eccessivo consumo di alcol, la violenza, i comportamenti sessuali a rischio e gli incidenti stradali.

Da un punto di vista sanitario, il messaggio è chiaro: non esiste un elemento scientifico che stabilisca un limite sicuro nel consumo di alcol!

TM

Info: prof.f.franchini@virgilio.it

LETTI PER VOI

Briciole

A cura di ELISABETTA BERNARDINI e GIOVANNA FRANCHI per la Lilt

Edizioni Cevot

Un titolo modesto che rimanda a piccole cose, ad eventi minimi, a ciò che resta degli eventi importanti. In realtà una splendida e commovente raccolta di brevi storie di donne che hanno vissuto o vivono la terribile esperienza della malattia tumorale. Un vissuto fatto di chirurghi, di chemioterapisti, di luoghi della medicina, ma anche di tristezza e di paura inframmezzati da fuggevoli momenti di serenità; uno spaccato della vita familiare, delle amicizie e di tutto ciò che circonda le tragedie della vita. È un libro bellissimo da assaporare lentamente, una storia dopo l'altra, frutto dell'amorevole e paziente fatica degli psicologi del Centro di Riabilitazione di Firenze e sistemate a cura delle due redattrici. Non possiamo che ringraziare la Lilt per l'idea del premio letterario e il sostegno dato alla sua realizzazione, perché anche questo è uno stimolo di vita per le donne che vi partecipano. Un ringraziamento che si estende alla Cevot che ne ha curato la pubblicazione. Sono decine e decine di storie, di poesie, di frammenti di diario, unite da una vicenda comune e diversamente vissute dalle protagoniste, che però tutte dichiarano il loro ringraziamento al Centro di Riabilitazione Oncologica. Questo è un ultimo aspetto rilevante e che consola, perché significa l'impegno di tutti i professionisti del servizio toscano non solo sul piano clinico e sociale ma anche su quello, in certi casi ancor più rilevante, dell'umana empatia.

Antonio Panti

ANTONIO PANTI

Dell'eterologa e di altre questioni professionali



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

Nella scorsa estate, incerta e piovosa, è scoppiato il "caso eterologa" che ha tenuto viva l'attenzione della stampa, stimolata dal dissidio tra il Ministro della Salute e la Regione Toscana che per prima ha predisposto una delibera sui requisiti tecnico-professionali di questa prestazione: il consenso, l'iter della coppia ricevente, la selezione del donatore, gli accertamenti necessari, la garanzia di anonimato, la gratuità del dono, il numero di figli possibili per donatore, la notifica alla Regione da parte dei centri pubblici o privati di adesione alle norme.

Come tutti sanno, la Corte Costituzionale ha abolito il divieto alla fecondazione eterologa.

Subito si è creato un doppio dissidio, *ideologico*, nel tentativo di ridiscutere la PMA attraverso un passaggio parlamentare, *tecnico*, sulla scelta dell'etnia, confondendo molti l'adozione, cioè un progetto genitoriale per "avere" un figlio, con la procreazione, un progetto, reso possibile dai progressi della scienza, di "fare" un figlio che sia partorito dopo la gestazione.

Nel mentre che il Ministro sosteneva il passaggio parlamentare, la Regione Toscana ha deliberato sugli aspetti tecnici con una "norma cedevole", cioè aperta a future modifiche ove il Ministero le dettasse.

Il Presidente stesso della Corte ha spiegato come l'eterologa fosse immediatamente praticabile e che solo gli aspetti tecnici potessero essere oggetto di norma minore (decreto ministeriale o delibera regionale).

Il Ministro si è visto bocciare dallo stesso Premier il Decreto Legge che aveva predisposto.

In tutta questa vicenda né il Ministro né i mass media sembravano preoccupati dei cittadini richiedenti l'attuazione di un loro diritto riconosciuto.

Al contrario, il ragionamento della Toscana era mosso dall'interesse delle coppie, stanche di dover migrare in altri paesi del mondo, sostenendone i pesanti oneri, visto che l'eterologa si pratica ovunque e solo in Italia era vietata prima dell'intervento della Corte.

Inoltre è chiaro a tutti che la discussione parlamentare potrebbe durare anni e che il Parlamento non può, l'ha sempre sostenuto la Corte Costituzionale, dare regole scientifiche ai

medici; infine la legge assegna alle Regioni i criteri autorizzativi sanitari.

Vi sono casi in cui i medici, come tutti i cittadini, si dividono per motivi politici o religiosi: l'IVG, la PMA, la contraccezione, la RU486; i medici possono essere in contrasto anche per ragioni scientifiche, come sulle MNC o sull'uso della Cannabis.

Che posizione deve assumere l'Ordine, organo sussidiario dello Stato che rappresenta la professione medica nell'interesse della tutela della salute dei cittadini? Le discussioni etiche sono importanti quanto quelle scientifiche all'interno della comunità professionale, ma poi occorre dare regole certe.

Tra queste la prima è di garantire a chi disente per qualsiasi motivo, etico, religioso oppure scientifico, di poter esprimere il suo dissenso e veder tutelato il suo diritto alla obiezione di coscienza, quando prevista dalla legge, o alla "clausola di coscienza", prevista dal Codice Deontologico.

Però si deve rispondere a due domande.

La prestazione di cui parliamo è legittima? In tutti i casi citati, compresa l'eterologa, la risposta è sì, e i cittadini hanno diritto di ottenerla.

Ma questa prestazione è solo a carico dei medici, o può essere affidata anche a non medici oppure i non medici, ove la praticassero, commetterebbero il reato di esercizio abusivo? Ricordiamo ad esempio la sentenza della Suprema Corte che attribuisce l'esercizio di alcune MNC solo ai laureati in medicina.

A questo punto la conclusione è semplice.

Se una prestazione è consentita e legittima, e solo i medici possono praticarla, l'organo della professione deve garantire ai cittadini la correttezza dell'erogazione e ai medici la tutela giuridica.

In tal senso ha sempre agito il Consiglio Sanitario Regionale.

Il punto di vista medico deve prescindere da ogni forma di polemica, sia pur di per sé legittima, per preoccuparsi della salute della gente, la quale è tutelata col dare corrette indicazioni scientifiche ai colleghi.

TM



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

GIUSEPPE GORINI

Gli interventi di contrasto al tabagismo in Toscana

L'aggiornamento-integrazione del 2014 (vedi box) delle linee guida (LG) toscane sul tabagismo (www.snlg-iss.it/lgr_toscana_tabagismo_2009) fornisce agli operatori sanitari un quadro degli interventi per il contrasto al tabagismo che sono stati messi in atto in Toscana negli ultimi anni. Inoltre nella nuova versione delle LG ci sono approfondimenti specifici sulla sigaretta elettronica e sullo screening per il tumore del polmone con la TC a basso dosaggio. Un capitolo specifico è riservato infine alle politiche regionali da potenziare per ridurre il carico di malattie fumo-correlate e per trasformare i progetti di queste LG in attività routinarie da integrarsi con le strategie regionali consolidate, come il Chronic Care Model e il nuovo riassetto della medicina di base in aggregazioni funzionali territoriali.

Ogni anno in Toscana muoiono circa 5.600 persone per patologie fumo-correlate. È una strage annunciata, come se ogni mese si schiantasse un Boeing 747 da 450 posti, o come se ogni mese si verificasse il numero di decessi per incidenti stradali e domestici attesi in un anno in Toscana. I fumatori nella nostra regione sono circa 740.000, di cui 310.000 (55% uomini) 40enni e 50enni, quelli che nei prossimi anni si ammaleranno più frequentemente di patologie fumo-correlate. Quindi è proprio su di loro che si dovrebbe focalizzare l'attenzione. In Toscana

ed in Italia di solito i fumatori invece smettono dopo i 60 anni quando le patologie fumo-correlate sono già insorte. Ecco perché questa integrazione delle LG è incentrata particolarmente sugli interventi per smettere di fumare. Mi preme presentarne tre che sono "evidence-based" e che potrebbero davvero aiutare i 40enni e i 50enni a smettere.

1. Il Percorso d'Intervento Clinico sul Paziente Tabagista "6elle" (disponibile online gratuitamente www.6elle.net) dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) è una metodologia standardizzata utile per il personale sanitario per facilitare nella pratica clinica interventi anti-tabagici sul paziente-fumatore. Si sviluppa attraverso sei livelli (da qui l'acronimo "6elle") e prevede l'uso di domande standardizzate, di criteri per la diagnosi e stadiazione del tabagismo, di linee d'indirizzo per la prescrizione dei farmaci per la disassuefazione al fumo, di 11 opuscoli informativi e di auto-aiuto da consegnare al paziente, di un modello di lettera al medico curante per comunicare l'intervento antitabagico svolto sul paziente e infine del software online "Smetti e guadagna" che, a partire da dati individuali del singolo fumatore (età, sesso, numero di sigarette fumate al giorno), permette di calcolare, se smettesse, il guadagno in anni di vita, la riduzione del rischio di morire per tumore del polmone, infar-

Interventi di contrasto al tabagismo in Toscana Integrazione alle Linee guida di prevenzione oncologica tabagismo

Versione 2014

Estensori:

Giuseppe Gorini¹, Arcangelo Alfano², Mateo Ameglio³, Laura Carrozzi⁴, Elisabetta Chellini¹, Daniela D'Angelo⁵, Maria Rosaria De Monte⁶, Anna Maria Giannoni⁷, Sandra Nutini⁸, Nadia Olimpini⁹, Francesco Pistelli⁴, Laura Ricciarelli⁶, Mauro Ruggeri¹⁰, Maria Grazia Santini⁶, Fabio Voller⁹

¹ Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze

² Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria e la salute in carcere, Regione Toscana

³ Centro Antitabagico Integrato - ASL 7 Siena

⁴ Centro per lo Studio e il Trattamento del Tabagismo, Pneumologia 1 Universitaria, Dipartimento Cardio-Toracico Vascolare, AOU Pisana - Pisa

⁵ Creps - Università di Siena/Regione Toscana

⁶ Dipartimento di Prevenzione, ASL 10 Firenze

⁷ Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Settore Igiene Pubblica, P.O. Alimentazione e Salute, Regione Toscana

⁸ Centro Antifumo - AOU Careggi, Firenze

⁹ Agenzia Regionale Sanità, Firenze

¹⁰ Medico di Medicina Generale, Prato

to, ictus e BPCO e il risparmio economico dovuto a non comprare più sigarette.

2. Ex-smokers iCoach (<http://www.exsmokers.eu/it-it/about.html>) è un sito web e un'applicazione sul cellulare gratuiti in italiano, sviluppati dalla Commissione Europea e pensati per aiutare direttamente i fumatori a smettere, senza la mediazione del personale sanitario. All'inizio all'utente viene chiesto di compilare un questionario che ne determina la posizione nel percorso verso la libertà dal fumo. In base a questa prima valutazione, viene inviato un programma per smettere personalizzato e iCoach guida l'utente attraverso una serie completa di strumenti interattivi. Ogni giorno il fumatore riceve suggerimenti e consigli, esercizi e mini-test tagliati su misura per l'utente, mentre il pulsante antipanicone permette di superare i momenti più duri legati all'astinenza.

3. Una linea telefonica gratuita dedicata ai fumatori, definita "Quitline", con somministrazione di counselling telefonico, è efficace, economica e permette una risposta immediata alla richiesta del fumatore di smettere. È raccomandata in tutte le linee guida sul tabagismo perché riesce a raggiungere anche fumatori di bassa condizione socio-economica e può essere un servizio che gli operatori sanitari possono suggerire al fumatore per smettere. La Quitline italiana esiste già, ma non segue nel percorso di disassuefazione i fumatori, come le Quitlines di altri Paesi, ed è il numero verde contro il fumo dell'Osservatorio Fumo Alcol Droga - Istituto Superiore di Sanità (ISS) (<http://www.iss.it/ofad/serv/cont.php?id=3&lang=1&tipo=7>) che eroga al fumatore che chiama un intervento di counselling breve e lo indirizza al centro anti-fumo più vicino. Con l'entrata in vigore della nuova Direttiva Europea sui prodotti del tabacco anche in Italia è riportato sui pacchetti di sigarette il numero dell'ISS. Questo ha determinato un aumento di 10 volte delle telefonate. La Regione Toscana potrebbe sfruttare questa occasione sviluppando per prima in Italia un progetto pilota per effettuare una presa in carico del fumatore che chiama il numero verde dell'ISS, costituendo un centralino regionale a cui il numero verde dell'ISS passa le telefonate da fumatori toscani. Il centralino favorirebbe il contatto con i già esistenti centri anti-fumo e seguirebbe il fumatore telefonicamente nel tentativo di smettere, secondo protocolli già validati che prevedono di fissare col fumatore il giorno in cui smette e di effettuare altre 4 chiamate immediatamente dopo lo stop, a 3 giorni, a una settimana e a un mese di distanza. Una Quitline regionale ben divulgata tramite campagna mediatica dedicata e conosciuta dal personale sanitario, raggiungerebbe almeno l'1% dei fumatori toscani: intorno a 7.400 chiamate l'anno come primo accesso. Considerando che dovremmo ottenere un'astinenza a un anno intorno al 15%, otterremo circa 1.200 ex fumatori l'anno in più in Toscana. Non mi pare poco.

TM

Info: g.gorini@ispo.toscana.it

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscana medica@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 SEPA Core Direct Debit (ex RID)
 o carta di credito tramite il sito <http://www.italriscossioni.it>
 (POS virtuale fornito da Banca Monte dei Paschi di Siena)

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

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

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

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



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

SONIA BACCETTI¹, ELIO ROSSI¹, MARIELLA DI STEFANO¹, VALERIA MONECHI¹

Oncologia integrata

Dalla ricerca alla pratica clinica

Le esperienze di integrazione delle medicine complementari (MC) in oncologia sono diversamente modulate in ambito clinico, ma l'approccio più diffuso è quello dell'oncologia integrata, definita come *"una scienza e al contempo una filosofia che riconosce la complessità dell'approccio terapeutico al malato di tumore e include una serie di terapie basate su evidenze scientifiche da associare ai trattamenti convenzionali, per favorire il benessere e la salute dei pazienti. (...) Il suo scopo consiste nell'accrescere l'efficacia dei protocolli terapeutici convenzionali, alleviare i sintomi e migliorare la qualità della vita"* (Sagar 2008).

Un fenomeno in crescita

Numerosi studi riportano che in Europa un malato di tumore su 3 ricorre alle MC, definite anche CAM (Complementary and Alternative

Medicines), non convenzionali (MnC) o integrate (MI), spesso in associazione con le terapie convenzionali. Secondo Molassiotis et al. (2005) il ricorso alle terapie complementari in Europa varia dal 15% al 73% e i trattamenti più utilizzati sono omeopatia, fitoterapia e terapie spirituali. Uno studio svolto in 2 ospedali toscani su pazienti in chemioterapia (Johannessen et al. 2008) ha riportato un'incidenza dell'uso delle MnC del 17% (erbe 52%, omeopatia 30%, agopuntura 13%), mentre secondo un lavoro francese (Trager-Mauray et al. 2007) il 34% dei pazienti oncologici utilizza le medicine complementari, soprattutto per ridurre gli effetti collaterali delle terapie antitumorali.

Secondo lo studio sull'uso delle MC in pazienti oncologici italiani e sulla percezione del beneficio di queste terapie (Bonacchi et al. 2014), il 37,9% utilizza una o più tipologie di MC: dieta

Box 1 - Terapie integrate alla Breast Unit dell'AOUP

È stata avviata da poco l'esperienza di oncologia integrata nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, una collaborazione fra la III Unità di Anestesia e Rianimazione e la Breast Unit Senologica. Accedono alle cure di medicina integrata le pazienti che lo desiderano nella fase oncologica che precede e segue l'intervento chirurgico. Obiettivo del progetto è di seguire la paziente dall'inizio del percorso diagnostico-terapeutico con un team multidisciplinare, spiega il direttore della Breast Unit Manuela Roncella, membro del Consiglio Superiore di Sanità: "In un momento storico in cui il trattamento del tumore della mammella ha bisogno di regole e di documentare la sua complessità con percorsi disciplinari incentrati sulla persona, credo sia indispensabile aprire le opportunità, e la mente degli operatori, a un nuovo concetto di cura. Che non consiste soltanto nel fornire l'intervento e la terapia giusti in base a protocolli convalidati, ma nell'andare oltre: ascoltare le pazienti, capire i loro bisogni e aiutarle a riprendersi un benessere che la malattia ha minacciato di togliere per sempre". "Credo che chi ha il compito di organizzare i moderni servizi sanitari e si occupa di una patologia in particolare - continua Roncella - debba prevedere un percorso articolato in modo da comprendere tutto ciò che concorre al benessere della persona, anche alla luce delle recenti evidenze scientifiche nell'ambito dell'oncologia integrata. Più strumenti abbiamo, più il nostro percorso di cura è completo. Ovviamente siamo medici tradizionali e l'evidenza scientifica fa parte del nostro piano quotidiano. Alla base dell'integrazione devono esserci dunque i presupposti scientifici su cui sviluppare una discussione multidisciplinare che permetta di sperimentare trattamenti diversi e innovativi, particolarmente in un campo, il tumore della mammella, che ha in sé talmente tanti aspetti che rendono difficile la possibilità di governarli tutti. Nel prossimo futuro cercheremo di consolidare le esperienze maturate e di farle diventare naturali, come tutto ciò che abbiamo sviluppato all'interno della nostra Breast Unit, e poi di affrontare l'aspetto della ricerca. C'è ancora bisogno di indagare e approfondire quali siano gli aspetti più corretti di quest'approccio, soprattutto in un momento in cui le risorse sono limitate, e quindi l'appropriatezza delle cure diventa fondamentale".

Box 2 - Censimento europeo delle strutture di oncologia integrata

All'interno del Work Package 7 "Healthcare" della Joint Action europea EPAAC (European Partnership of Action against Cancer) la Regione Toscana, come partner associato, ha realizzato una prima mappatura dei dipartimenti oncologici europei che offrono servizi di oncologia integrata. L'indagine (Rossi et al. 2014), conclusa nel dicembre 2013, ha individuato 47 centri di questo tipo, 24 in Italia e 23 nel resto d'Europa. Il numero dei centri, per lo più pubblici (88,1%), è in crescita nell'ultimo decennio. Più del 70% delle strutture utilizza protocolli terapeutici e sistemi di valutazione dei risultati e il 68,8% ha svolto ricerca scientifica in oncologia integrata. L'agopuntura (56,5%) è la MC utilizzata più spesso, seguono omeopatia (41,3%), fitoterapia (39,1%), medicina tradizionale cinese (37%), medicina antroposofica (19,6%) e omeopatia (13%). Le terapie sono applicate per contrastare gli effetti avversi di chemio e radioterapia (23,9%), in particolare nausea e vomito (13,4%), dolore e astenia (10,9%), disturbi secondari alla menopausa iatrogena (8,8%), ansia e depressione (5,9%), disturbi gastrointestinali (5%) ecc. Gli obiettivi terapeutici riportati con maggiore frequenza sono stati il miglioramento della qualità della vita (29,1%), il sostegno durante chemio e radioterapia (24,1%), l'attenuazione dei disturbi peri-operatori (16,5%), il *self-empowerment* (10,1%), il sostegno psicologico (7,6%), la riduzione delle recidive e le cure palliative (6,3%).

¹ Rete Toscana di Medicina Integrata (RTMI)

e integratori (27,5%), erbe (10,8%), omeopatia (6,4%) e terapie *body-mind* (5,5%); inoltre un'alta percentuale di pazienti (66,3%) informa il medico di questa scelta e ne sperimenta i benefici (89,6%).

Si fa ricorso a queste terapie anche in ambito pediatrico. Secondo uno studio italiano sull'uso delle MC nei bambini ricoverati presso l'Istituto dei Tumori di Milano (Clerici et al. 2009), il 12,4% ne aveva utilizzato almeno una, soprattutto per ridurre gli effetti avversi delle cure convenzionali.

Nell'ultimo decennio per rispondere alle richieste dei malati di cancro, nei principali ospedali statunitensi sono stati creati Dipartimenti di oncologia integrata (Dana-Farber Cancer Institute di Boston, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York e M.D. Anderson Cancer Center di Houston, fra gli altri). Una recente indagine ha stimato che circa il 20% delle strutture oncologiche europee eroga anche trattamenti complementari (vedi Box 3).

L'integrazione fra le terapie è la scelta più ragionevole e giusta, per evitare che i pazienti oncologici facciano ricorso ai trattamenti non "ufficiali" come forma di auto-medicazione, indipendentemente dalle verifiche scientifiche e dai necessari requisiti di qualità e sicurezza, esponendosi al rischio di potenziali interazioni con i

farmaci o di ridotta *compliance* nei confronti dei protocolli antitumorali.

Le prove di efficacia

In questi anni le pubblicazioni scientifiche in materia di oncologia integrata sono progressivamente aumentate. Un'analisi degli studi della letteratura è stata realizzata dalla Rete Toscana di Medicina Integrata all'interno della Joint action EPAAC (European Partnership for Action against Cancer), un'iniziativa della Commissione Europea. Il lavoro ha preso in esame gli studi pubblicati dal 2003 al 31 marzo 2014 sull'impiego in oncologia di 5 medicine complementari (agopuntura/MTC, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia e medicina antroposofica, incluse nell'Accordo Stato-Regioni del 7.2.2014).

Gli studi sono stati valutati tenendo conto del sistema di grading della Society for Integrative Oncology (SIO) (Deng et al. 2009), che definisce il grado di efficacia e la forza delle raccomandazioni in base al livello di evidenze scientifiche (A,B,C) e al rapporto benefici/rischi/oneri (1, 2). Il report conclusivo di questo lavoro si può consultare sul sito di EPAAC, fra i *Final Deliverables*, alla seguente URL: http://www.epaac.eu/images/END/Final_Deliverables/D5_Complementary_and_alternative_medi-



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Box 3 - Principali riferimenti bibliografici

- Akhondzadeh Basti A, Moshiri E, Noorbala AA, Jamshidi AH, Abbasi SH, Akhondzadeh S. Comparison of petal of *Crocus sativus* L. and fluoxetine in the treatment of depressed outpatients: a pilot double-blind randomized trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007;3:439-42.
- Bonacchi A, Fazzi L, Toccafondi A et al. Use and Perceived Benefits of Complementary Therapies by Cancer Patients Receiving Conventional Treatment in Italy. *J Pain Symp Management*, 2014, 47, (1), 26.
- Clerici CA, Veneroni L, Giacom B, Mariani L, Fossati-Bellani F. Complementary and alternative medical therapies used by children with cancer treated at an Italian pediatric oncology unit. *Pediatr Blood Cancer*. 2009 Oct;53(4):599-604.
- Clover A, Ratsey D. Homeopathic treatment of hot flushes: a pilot study. *Homeopathy* 2002 91, 75-79.
- Deng GE, Cohen L, Cassileth BR, Abrams DI, Capodice JL, Courneya SK, Hanser S, Labriola D, Kumar N, Wardell DW, Sagar S. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: Complementary Therapies and Botanicals Society for Integrative Oncology. *Journal of the Society for Integrative Oncology*. 2009;7(3):85-120.
- Filshie J, Hester J. Guidelines for providing acupuncture treatment for cancer patients – a peer-reviewed sample policy document. *Acupuncture in Medicine* 2006;24(4):172-182.
- Johannessen H, Hjelmborg J, Pasquarelli E, Fiorentini G, Di Costanzo F, Miccinesi G. Prevalence in the use of complementary medicine among cancer patients in Tuscany, Italy. *Tumori* 2008; 94: 406-410.
- Kassab S, Cummings M, Berkovitz S, van Haselen R, Fisher P. Homeopathic medicines for adverse effects of cancer treatments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD004845.
- Kienle GS, Glockmann A, Schink M, Kiene H. *Viscum album* L. extracts in breast and gynaecologic cancers: a systematic review of clinical and preclinical research. *J Exp Clin Cancer Res* 2009;28:79.
- Kienle GS: Forschung zur Misteltherapie von Brustkrebs ein Überblick. *Frauenarzt* 2013 54(3):260 2.
- Micke O, Bruns F, Glatzel M, Schonekaes K, Micke P, Mucke R, Buntzel J. Predictive factors for the use of complementary and alternative medicine (CAM) in radiation oncology. *Eur J Integr Med* 2009; 1: 19-25.
- Moliassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Odzen G, Scott JA, Panteli V, Margulies A, Browall M, Magri M, Selvekerova S, Madsen E, Milovics L, Bruyns I, Gudmundsdottir G, Hummerston S, Ahmad AMA, Platin N, Kearney N, Patiraki E. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 2005; 16 : 655-663.
- National Cancer Institute U.S. National Institutes of Health. Acupuncture Last modified 1/17/2013.
- Oberbaum M, Yaniv I et al. A randomized, controlled clinical trial of the homeopathic medication TRAUMEEL S in the treatment of chemotherapy-induced stomatitis in children undergoing stem cell transplantation. *Cancer* 2001;92:684-90.
- Sagar SM. The integrative oncology supplement – a paradigm for both patient care and communication. *Curr Oncol* 2008; 15: 166-7.
- Thompson EA, Relton C. Designing clinical trials of homeopathy for menopausal symptoms: a review of the literature. *Meno-pause Int*. 2009 15(1):31-4.
- Trager-Maury S, Tournigand C, Maindault-Goebel F, Afchain P, de Gramont A, Garcia-Larnicol ML, Gervais H, Louvet C. Use of complementary medicine by cancer patients in a French oncology department. *Bull Cancer* 2007; 11: 1017-1025.
- Tröger W, Galun D, Reif M, Schumann A, Stankovic N, Milicevic M. Quality of life of patients with advanced pancreatic cancer during treatment with mistletoe-a randomized controlled trial. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 493–502.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

ne_CAM_in_cancer_care_development_and_opportunities_of_integrative_oncology.pdf

Su questo tema è in corso di pubblicazione, da parte dell'Azienda sanitaria di Firenze, il libro "Le medicine complementari per il paziente oncologico. Sviluppo e opportunità dell'Oncologia Integrata", presso Felici Edizioni.

Le maggiori evidenze di efficacia per agopuntura e MTC, come sottolinea la review sistematica del National Cancer Institute (2013), riguardano il trattamento di nausea e vomito post-chemioterapici. Molti studi interessano donne con tumore mammario sottoposte a chemioterapia e terapia antiemetica, cui è stata aggiunta agopuntura in varie forme; altri i tumori del polmone o in varie sedi. Numerose sono le evidenze per nausea e vomito post-chirurgici e post-radioterapici. Il grading SIO assegnato è 1A (forte raccomandazione, evidenza di qualità alta). La stessa efficacia (1A) è attribuita al trattamento con agopuntura, da sola o aggiunta agli analgesici, nel dolore oncologico; fra gli altri si dimostra l'efficacia nel dolore neuropatico, in quello post-toracotomia del carcinoma polmonare, nel dolore articolare da inibitori dell'aromatasi (tumore della mammella), nel tumore pancreatico e del collo. Numerose revisioni sistematiche concludono che "l'agopuntura può essere un trattamento aggiuntivo importante in pazienti con dolore oncologico, soprattutto nei non *responders*, pur in presenza di problemi metodologici degli studi". Alla stessa conclusione giunge il National Cancer Institute statunitense (2013). Per questo le Linee guida inglesi del 2006, le Linee guida della SIO (2009) e quelle della National Comprehensive Cancer Network (NCCN 2013) raccomandano l'uso di agopuntura o digitopressione, insieme agli interventi farmacologici, in un approccio multimodale alla gestione del dolore. Questi interventi integrati, secondo la NCCN, potrebbero essere particolarmente importanti in popolazioni vulnerabili (pazienti fragili, anziani, bambini). Le Linee guida per il tumore polmonare concludono che nel dolore e nella neuropatia periferica, l'agopuntura è suggerita come trattamento aggiuntivo nei pazienti con controllo inadeguato dei sintomi. Il ricorso all'agopuntura è molto diffuso anche nel trattamento delle vampate di calore post-chirurgiche, post-chemioterapiche o in corso di terapia ormonale, nelle donne con tumore di mammella e ovaio e, in misura minore, in pazienti con tumore della prostata. Le Linee guida di Filshie e Ester (2006) indicano che l'agopuntura dovrebbe essere utilizzata nei tumori di seno, prostata e altri tumori. Le Linee guida della SIO affermano che l'agopuntura non sembra più efficace della falsa (*sham*) agopuntura per il trattamento delle vampate, ma che questo trattamento deve essere preso in considerazione in pazienti con sintomi gravi e che non rispondono alle cure. Il grado di raccomandazione è 1B (forte raccomandazione, evidenza di qualità moderata).

La review della Cochrane 2013 considera separatamente gli studi in base al gruppo di controllo utilizzato, evidenziando che nel confronto

fra agopuntura con *sham* agopuntura le differenze non sono significative nella frequenza delle vampate, ma che queste ultime erano significativamente meno acute nel gruppo di agopuntura, anche se con una piccola dimensione dell'effetto. Al contrario vi sono effetti positivi quando il gruppo di controllo è costituito da lista di attesa o da nessun intervento. Molti autori però ritengono che la *sham* agopuntura non sia un vero placebo, poiché è in grado di determinare effetti simili all'agopuntura e che, quando viene scelta come gruppo di controllo dell'agopuntura vera, possa determinare una sottovalutazione dell'efficacia di quest'ultima. In conclusione, il trattamento con agopuntura può essere promettente per i sintomi della menopausa, soprattutto per donne che non possono assumere la TOS a causa di rischi oncologici o pregresse patologie oncologiche. Il trattamento della xerostomia da radioterapia, soprattutto in pazienti con tumori di testa e collo, è risultato efficace, con un grading SIO 1B (forte raccomandazione, evidenza di qualità moderata); si è evidenziato anche un aumento della salivazione e un miglioramento della qualità della vita. Le citate Linee guida di Filshie e Ester indicano che la xerostomia può essere trattata con agopuntura in pazienti che non rispondono ai trattamenti convenzionali. La letteratura riguarda anche l'uso dell'agopuntura in ansia, depressione e insonnia (grading 2B) e fatica cancro-correlata (grading 2C).

Per alleviare sintomi frequenti nei pazienti oncologici si possono utilizzare con efficacia anche alcune piante medicinali. Fra le sostanze più studiate il *Panax ginseng*, e con minori evidenze anche guaranà (*Paullinia cupana*) e rodiola (*Rhodiola rosea*) nella fatica cancro-correlata; l'aloè gel (*Aloe barbadensis*) per la prevenzione delle mucositi; lo zenzero (*Zingiber officinalis*), per contrastare nausea e vomito post-chemioterapici; l'olio essenziale di lavanda (*Lavandula angustifolia*) e lo zafferano (*Crocus sativus*) per mitigare l'ansia e la depressione e *Cannabis sativa* per il controllo del dolore. È opportuno ricordare che, a differenza di agopuntura e omeopatia, che hanno scarsissimi effetti avversi o interazioni, l'uso delle piante medicinali in oncologia richiede attenzione e competenze specifiche di buon livello. Infatti, fondamentali sono la variabilità della composizione quali-quantitativa della pianta, la risposta individuale del paziente alla terapia, legata a caratteristiche come età, etnia, sesso, peso, patologie concomitanti ecc., la via di somministrazione, le interferenze farmacocinetiche che interagiscono con l'assorbimento, il metabolismo e l'escrezione della sostanza e le interferenze sulla farmacodinamica della sostanza stessa. A quest'ultimo proposito sono noti gli effetti antagonisti di alcune piante con farmaci comuni (liquirizia e diuretici, vitamina K e anticoagulanti ecc.) e, al contrario, la sommazione degli effetti da parte di altre erbe. Indicativo il caso dell'iperico che ha un buon livello di evidenza nella depressione, ma che non è utilizzato nei pazienti oncologici a causa delle interferenze clinicamente significative con nu-

merosi farmaci antitumorali. L'eventuale terapia con estratti di iperico dovrà comunque essere interrotta 15 giorni prima della chemioterapia e/o radioterapia ed essere ripresa alcuni mesi dopo la loro interruzione.

Per l'omeopatia sono stati pubblicati studi positivi soprattutto sul trattamento dei disturbi correlati alla terapia ormonale soppressiva in donne con tumori ormonodipendenti, in particolare cancro della mammella. L'omeopatia può essere utilizzata per ridurre il disagio dei disturbi vasomotori (Clover et al. 2002; Thompson e Relton 2009), ma anche della radiodermite, come sottolineano i lavori pubblicati in letteratura (Balzarini et al. 2000; Pommier et al. 2004), inclusa una review della Cochrane (Kassab S. 2009). È interessante anche il ricorso a un collutorio omeopatico per migliorare la stomatite indotta da chemioterapia (Oberbaum et al. 2001). Si sottolinea a questo proposito l'assenza di effetti avversi rilevanti e di interazioni farmacologiche, che rende particolarmente maneggevole l'uso dei medicinali omeopatici.

Ad oggi non esistono prove di efficacia sufficienti sul trattamento della progressione tumorale. Gli studi sono numericamente limitati e non sempre di buona qualità metodologica. La ricerca sta cercando di identificare i principi attivi che possono interferire con la progressione del tumore come chemiopreventivi, pro-apoptotici, immunostimolanti, citostatici e inibitori della replicazione della cellula tumorale.

Anche i preparati antroposofici a base di vischio (*Viscum album*) hanno dimostrato, come si evince da un'ampia letteratura, di rafforzare le capacità di difesa dell'organismo malato. Review sull'uso del vischio nei tumori di mammella, polmone, pancreas, colon-retto (Kienle et al. 2009; Kienle 2013; Bar Sela et al. 2013; Troger et al 2014) hanno mostrato risultati positivi in termini di riduzione dei sintomi correlati, come dolore, fatigue, inappetenza e insonnia, e di miglioramento della qualità di vita. Numerosi sono, infine, gli studi che confermano i benefici del trattamento integrato sulla qualità della vita dei pazienti con tumore.

Per la bibliografia completa sugli argomenti trattati si rimanda al summenzionato Report EPAAC.

Le esperienze in Toscana

La Regione Toscana ha sviluppato un percorso di integrazione delle medicine complementari nel Servizio Sanitario Regionale che ha permesso l'inserimento di agopuntura, fitoterapia, omeopatia e medicina manuale nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) regionali, l'apertura di un centinaio di ambulatori pubblici che erogano circa 35.000 prestazioni annue, l'istituzione della Rete Toscana di Medicina Integrata, struttura di governo clinico presso l'Assessorato alla Salute regionale, e di 3 strutture di riferimento regionale per MTC/agopuntura, fitoterapia e omeopatia.

Questa integrazione rappresenta un elemento di forte garanzia per la salute del cittadino,

poiché le MC sono sottoposte alle stesse regole della medicina ufficiale e devono rispondere ai criteri di qualità e di appropriatezza delle prestazioni.

In questa cornice è maturata l'esigenza di programmare un intervento "evidence based" al trattamento antitumorale integrato e promuovere la ricerca, allo scopo di chiarire se le terapie complementari abbiano un impatto sulla sopravvivenza dei pazienti oncologici e contribuiscano a migliorarne il benessere e la qualità della vita. In quest'ambito si colloca il lavoro per il progetto europeo EPAAC poc'anzi descritto.

In modo non specificamente formalizzato, tutti gli ambulatori toscani di MC erogano prestazioni ai pazienti oncologici che, per vari motivi, vi si rivolgono. In alcune Aziende sanitarie della regione sono state avviate delle esperienze di collaborazione fra le U.O. di Oncologia e le strutture pubbliche di medicina complementare, che sono in grado di offrire ai cittadini informazioni su vantaggi e svantaggi dell'uso delle terapie complementari in questo contesto e proporre semplici protocolli per sostenere il paziente durante la chemio e la radioterapia, dopo l'intervento chirurgico, nella fase della terapia ormonale e in generale per migliorare la qualità della vita.

A questo proposito ricordiamo: la Struttura di riferimento regionale per la MTC e le MC "Fior di Prugna" dell'Azienda Sanitaria di Firenze; l'Ambulatorio "Medicine complementari e alimentazione in oncologia", promosso dall'Ambulatorio di omeopatia e dalla U.O. Oncologia dell'ASL 2 Lucca; la Struttura di riferimento regionale per la fitoterapia-CERFIT dell'AOU di Careggi; il Dipartimento di Oncologia-SOD Anestesia e Terapia Intensiva della AOU di Careggi, la Breast Unit dell'AOU di Pisa; il Centro di medicina integrata dell'ospedale di Pitigliano, ASL 9 di Grosseto.

Un work in progress

La letteratura evidenzia che le medicine complementari possono essere applicate con efficacia sul paziente oncologico nelle situazioni cliniche descritte. Questi sviluppi della ricerca, che resta un work in progress, accrescono la possibilità di realizzare un approccio terapeutico integrato per il paziente oncologico, il quale, come tutti i cittadini, ha il diritto di usufruire delle terapie complementari, se avvalorate da prove di efficacia e con un buon profilo di sicurezza.

In questo percorso verso l'integrazione è fondamentale lo scambio di conoscenze ed esperienze ed è quindi importante che i medici, in primis gli oncologi, e gli operatori sanitari impegnati in ambito oncologico siano correttamente informati sui benefici potenziali delle medicine complementari.

Il tumore è una patologia sistemica e multifattoriale e in quanto tale può trarre beneficio dall'impiego sinergico di più terapie. L'approccio multidisciplinare è la strada da perseguire, con l'obiettivo di selezionare sempre la migliore terapia per ciascun paziente e di attuare una reale "comprehensive cancer care".



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



Regione Toscana



Servizio Sanitario della Toscana



Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale

ICTUS

POCHI MINUTI VALGONO UNA VITA

RICONOSCI SUBITO I SINTOMI
E CHIAMA IMMEDIATAMENTE IL **118**



BOCCA STORTA

Chiedere di sorridere: la bocca tira da un lato, è asimmetrica.



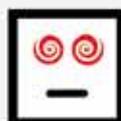
BRACCIO DEBOLE

Chiedere di alzare entrambe le braccia in avanti: una delle braccia cade giù.



DIFFICOLTÀ A PARLARE

Controllare se la persona non riesce a parlare e/o non capisce. Chiedere di ripetere una semplice frase ("Il cielo è blu"). Non riesce a farlo bene. Parla farfugliando.



DIFFICOLTÀ NELLA VISTA

Verificare se la persona vede annebbiato, non vede metà degli oggetti, oppure vede doppio.

Oppure all'improvviso compare un forte **mal di testa mai provato prima**, accompagnato spesso da nausea, vomito, perdita di coscienza.

Campagna informativa regionale in collaborazione con Alice Toscana Onlus - Associazione per la lotta all'ictus cerebrale.

www.regione.toscana.it/ictus

Consiglio Sanitario Regionale

Diagnosi di depressione in Toscana

La depressione colpisce nel mondo 350 milioni di persone, deteriorandone la qualità di vita, la capacità di lavoro e di relazione. Nelle sue espressioni più gravi, la depressione può portare al suicidio ed è responsabile di almeno 1 milione di morti ogni anno.

La World Mental Health (WMH) Survey Initiative dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha valutato la prevalenza degli Episodi Depressivi Maggiori (EDM) in varie Nazioni, sia nel corso dell'intera vita che nell'ultimo anno.

I risultati in Italia, hanno dimostrato che il 10 per cento dei soggetti hanno sofferto di depressione nel corso della vita e il 3 per cento ha esperito un episodio attivo durante l'anno in corso.

La depressione è la seconda causa di disabilità nel mondo ma, nonostante la disponibilità di trattamenti efficaci, meno della metà delle persone colpite (in alcuni paesi, meno del 10%) ricevono un trattamento adeguato. Gli ostacoli ad una cura efficace includono la mancanza di risorse, la mancanza di operatori sanitari qualificati, lo stigma sociale associato ai disturbi mentali e la valutazione imprecisa o errata dei sintomi. Per questi motivi, una risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità del maggio 2012 ha chiesto una risposta coordinata globale sui disturbi mentali in generale e sulla depressione in particolare.

Anche nei paesi occidentali, molte persone depresse non ricevono infatti una diagnosi rapida e corretta mentre altre che non hanno la malattia (o hanno sottotipi particolari, che richiedono trattamenti specifici) vengono spesso trattate con interventi inappropriati.

Ad esempio, pazienti con una storia di episodi di euforia, agitazione, accelerazione, suicidalità etc. soddisfano assai frequentemente i criteri per un disturbo bipolare e non dovrebbero mai essere trattati con un antidepressivo in monoterapia.

La diagnosi e valutazione della depressione non può prescindere da una valutazione clinica accurata, che consenta la formulazione di una diagnosi categoriale ma, allo stesso tempo, che prenda in considerazione anche gli aspetti dimensionali della sintomatologia con la quale la depressione si esprime in ogni singolo paziente, con il fine ultimo di garantire una diagnosi e una cura più personalizzata possibile e, allo stesso tempo, ridurre il rischio di identificare come patologia condizioni non patologiche. Se da una parte esiste infatti un elevato rischio di mancata diagnosi di depressione (e, ancora di più, di mancata identificazione di aspetti ascrivibili ad un disturbo bipolare, con i rischi terapeutici conseguenti), è sempre opportuno considerare anche i rischi opposti, i.e. quelli di un eccessivo allungamento della malattia mentale

e dei suoi trattamenti. È comunque necessario che la valutazione diagnostica non sia limitata ai soli criteri per il Disturbo Depressivo Maggiore. Ad esempio, in aggiunta ai sintomi classici di depressione (umore depresso, riduzione degli interessi, alterazioni del sonno, dell'energia, della concentrazione, dell'appetito, della voglia di vivere, etc) è opportuno valutare la presenza di agitazione, disperazione, rabbia, tensione, accelerazione del pensiero, deliri, allucinazioni, e molti altri sintomi. Analogamente, è necessario valutare i fattori psicologici e sociali che possono contribuire all'insorgenza e alla progressione dell'episodio depressivo. Sappiamo infatti che la depressione nasce dall'interazione tra fattori biologici (es ereditari) con fattori psicologici, sociali e di stress. Maggiore è la predisposizione biologica, minore è la quantità di fattori "esterni" necessaria a scatenare un episodio depressivo, e viceversa. È inoltre necessario valutare attentamente l'impatto sulla capacità di funzionamento (familiare, lavorativo, scolastico, e sociale più in generale), sulla qualità di vita e formulare una diagnosi e prognosi di trattabilità.

È un dato di fatto che, nella nostra Regione, le valutazioni di cui sopra vengono fatte con modalità diversificate nei vari Servizi e studi privati.

Sebbene si renda necessario continuare a tutelare la libertà di ogni professionista di effettuare le valutazioni che egli giudichi più adatte ad ogni singolo paziente e circostanza, è opportuno che la Regione Toscana promuova un'iniziativa diretta agli operatori (medici di medicina generale, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, infermieri, etc) per garantire che, accanto a tutte le valutazioni che ogni professionista ritenga utile effettuare per i pazienti con sintomi di depressione, vengano somministrati anche due questionari di autovalutazione:

Il primo questionario PHQ (Patient Health Questionnaire) esplora la presenza attuale di depressione mentre il secondo questionario MDQ Mood Disorder Questionnaire esplora la presenza attuale o pregressa di bipolarità.

I questionari sono dunque da intendersi come complementari e non alternativi alle valutazioni diagnostiche di routine ma i questionari potrebbero costituire parte integrante della cartella clinica di ogni paziente con depressione, sospetta o accertata che sia, nonché di ogni paziente trattato con antidepressivi. La Regione potrebbe ad esempio auspicare che i questionari siano sempre inclusi nella documentazione inviata dai medici di medicina generale ai vari specialisti e dagli specialisti ai medici di medicina generale. I questionari potrebbero essere utilizzati:

1. Come strumenti per i medici di medicina generale, ad esempio per fornire indicazioni sui



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

pazienti da inviare in visita specialistica.

2. Come possibile complemento delle informazioni acquisibili dai sistemi regionali di registrazione standardizzata della depressione (es flussi clinici, SDO, SALM), per misurare prevalenza, registrare trattamenti, esiti, e valutare l'uso di alcuni farmaci (es antidepressivi) in pazienti non affetti da depressione (affetti ad esempio da disturbi di ansia, sindromi neuropatiche etc).

3. Per fornire indirizzi di trattamento (es evitare antidepressivi in monoterapia in presenza di bipolarità).

4. Per facilitare una diagnosi precoce.

5. Per facilitare la diagnosi appropriata anche in popolazioni a maggior rischio di diagnosi mancate o errate (es gli anziani e gli giovani adulti a rischio di tossicodipendenza etc.).

6. Per esplorare un modello utilizzabile anche per altre diagnosi o popolazioni (es adolescenti, immigrati, etc.).

La raccolta delle informazioni acquisite con i questionari non si prefigge di diagnosticare una malattia complessa e diversamente sfaccettata in ogni singolo paziente. Lo scopo iniziale è prevalentemente quello di formare una base, da perfezionare nel tempo, dalla quale partire per raggiungere gradualmente una maggiore standardizzazione delle diagnosi e dei trattamenti forniti ai pazienti con malattie mentali.

Successivamente all'introduzione di questi strumenti, sarà valutata la possibilità di acquisire a livello regionale i dati raccolti, in modo simile a quanto viene fatto per le SDO, per il flusso farmaceutico etc. Questi dati, potrebbero infatti servire ad una maggiore conoscenza della malattia e del modo in cui essa viene trattata nella nostra Regione, con il fine ultimo di migliorarne la prevenzione, diagnosi e cura. Se efficace, il sistema potrà poi essere esteso ad altre malattie mentali ed altre popolazioni e fasce di età.

APPENDICE – QUESTIONARI PHQ -MDQ

Patient Health Questionnaire PHQ-9 (Andrews et al., 2007)

Data di oggi: _____

Nome e Cognome _____

DATA DI NASCITA: _____

Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi? (metta una crocetta per indicare la sua risposta)

	0 Mai	1 Alcuni giorni	2 Per più della metà del tempo	3 Quasi ogni giorno
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose				
2. Sentirsi giù, triste o disperato/a				
3. Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi o a dormire troppo				
4. Sentirsi stanco/a o avere poca energia				
5. Scarso appetito o mangiare troppo				
6. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un fallimento o aver deluso se stesso/a o i propri familiari				
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio a leggere il giornale o guardare la televisione				
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto da muoversi molto più del solito				
9. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in un modo o nell'altro				
	Tot colonna			
	Totale			
10. Se ha messo una crocetta su un qualsiasi problema di questo questionario, quanto questi problemi le hanno reso difficile fare il suo lavoro, occuparsi delle sue cose a casa o avere buoni rapporti con gli altri?	<input type="checkbox"/> Per niente difficile <input type="checkbox"/> Abbastanza difficile <input type="checkbox"/> Molto difficile <input type="checkbox"/> Estremamente difficile			

11. Sta seguendo un qualche tipo di trattamento per i problemi che ha segnalato?

No Sì Se sì, specificare quale _____

12. Ci sono stati in passato periodi in cui ha sofferto di problemi simili?

No Sì

13. C'è qualcuno della sua famiglia che ha sofferto o soffre di problemi simili?

No Sì

QUESTIONARIO DISTURBI UMORE (MDQ)

Data di oggi: _____

Nome e Cognome _____ Data _____

Il questionario è un test studiato per aiutarla a riconoscere i segni ed i sintomi di un malattia caratterizzata da periodi di profonda tristezza (depressione) e da almeno 1 periodo (recente o passato) con sintomi di euforia e/o eccessiva attività o irritabilità. Dopo aver compilato questo test, il suo medico o terapeuta stabilirà il suo rischio per disturbo bipolare, procedendo ad eventuali gli altri accertamenti.

Le domande si rivolgono a tutta la sua vita, incluso quando era bambino/adolescente.

Risponda SI o NO alle seguenti domande.

C'è mai stato un periodo di tempo durante il quale non si sentiva come al suo solito

e...

1. Si è sentito così bene o così su che gli altri hanno pensato che lei non fosse diverso dal solito e fosse così attivo e/o euforico che avrebbe potuto mettersi nei guai No Si
2. È stato così irritabile da urlare contro altre persone o provocare un litigio o uno scontro fisico? No Si
3. Si è sentito molto più sicuro di sé rispetto al solito? No Si
4. Ha dormito molto meno del normale e le sembrava di non aver bisogno di dormire? No Si
5. Parlava di più e/o più velocemente del solito? No Si
6. I pensieri le attraversavano velocemente la testa e non riusciva a rilassarsi? No Si
7. Era eccessivamente distratto e non riusciva a concentrarsi e mantenere l'attenzione? No Si
8. Ha sentito molta più energia del solito? No Si
9. È stato molto più attivo o ha fatto molte più cose del solito? No Si
10. È stato molto più socievole ed espansivo del solito, per esempio telefonando agli amici nel bel mezzo della notte? No Si
11. È stato molto più interessato al sesso rispetto al solito? No Si
12. Ha fatto cose che erano inusuali per lei o che gli altri avrebbero potuto considerare eccessive, sciocche, o rischiose? No Si
13. Ha speso così tanto da mettere sé stesso o la sua famiglia in difficoltà? No Si
14. Se ha risposto **SI** a una o più domande poste sopra: molte di queste situazioni si sono verificate nello stesso periodo di tempo? No Si
In quel periodo, assumeva droghe o grandi quantità di alcol? No Si
15. In che misura qualcuna di queste situazioni le hanno creato problemi - come essere incapace di lavorare, avere problemi familiari, economici, o legali ; avere litigi o scontri fisici? Si prega di selezionare una sola risposta.
 Nessun problema
 Problemi di lieve entità
 Problemi di entità moderata
 Problemi di grave entità
16. Qualcuno dei suoi parenti (figli, fratelli, genitori, nonni, zie, zii) ha avuto una malattia maniacodepressiva o un disturbo bipolare? No Si
17. Un professionista le ha mai fatto diagnosi di Disturbo Bipolare o di Psicosi Maniaco Depressiva? No Si

Risultato

ALTA PROBABILITA' DI DISTURBO BIPOLARE

Se ha risposto SI più di 7 volte nelle prime 13 domande,

Se ha risposto SI alla domanda numero 14

Se ha risposto SI alla domanda numero 15



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Bibliografia

World Health Organization, Fact Sheet 369, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> accessed Dec 28, 2013.

World Health Organization, The global Burden of Mental Disorders, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-en.pdf - accessed Dec 28,

2013.

Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, et al. (2013) Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med* 10(11): e1001547. doi:10.1371/journal.pmed.1001547.



GIOVANNA MASALA, DOMENICO PALLI



Giovanna Masala, epidemiologo, dirigente medico nella SC Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - ISPO, si occupa del rapporto tra stili di vita, con particolare riguardo all'alimentazione e attività fisica e rischio di patologia tumorale. Ricercatore nell'ambito dello studio europeo EPIC, è Resp. di progetti di intervento volti alla modifica dello stile di vita per la prevenzione primaria dei tumori.



Domenico Palli, epidemiologo, Direttore della SC Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - ISPO, è *Principal Investigator* della sezione fiorentina del progetto EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition) e responsabile di numerosi progetti rivolti allo studio della relazione tra stile di vita e rischio di tumore.

Prevenzione mirata sui tumori o prevenzione primaria delle malattie croniche degenerative?

Nei precedenti contributi abbiamo affrontato il ruolo dell'alimentazione nel modulare il rischio di tumore, direttamente e tramite la sua influenza sul peso corporeo. Le evidenze attualmente disponibili consentono già di identificare una serie di azioni che potrebbero tradursi in una riduzione del carico di tumori a livello di popolazione. Il Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro ha stimato che nei paesi occidentali il 25% di tutti i tumori potrebbe essere prevenuto con l'adesione alle Raccomandazioni riportate nel Rapporto 2007, mediante cioè l'adozione di un *regime alimentare corretto*, la *riduzione del sovrappeso* e il *raggiungimento di livelli adeguati di attività fisica giornaliera*. Stime coerenti sono state prodotte anche da altri organismi.

Tuttavia oltre a queste stime dovremmo considerare l'effetto che interventi di prevenzione riguardanti questi aspetti potrebbero avere su altre patologie croniche quali le malattie cardio- e cerebro-vascolari e il diabete che condividono con i tumori una serie di fattori di rischio legati allo stile di vita, con una rilevante ricaduta in termini di sanità pubblica.

Lo studio EPIC, come altri studi prospettici, ha prodotto risultati interessanti per quanto riguarda le malattie cardiovascolari (progetto italiano EPICOR) e il diabete (progetto europeo INTERACT).

Tra i risultati del progetto EPICOR segnaliamo l'associazione inversa tra una alimentazione ricca di verdura a foglia e olio extravergine di oliva e l'incidenza di patologia cardiovascolare su base ischemica nelle donne, e più in generale l'effetto protettivo di un profilo alimentare di tipo mediterraneo nei confronti della patologia cerebrovascolare. Si tratta di risultati in linea con le conclusioni di recenti metanalisi sugli effetti della dieta mediterranea su incidenza e mortalità per queste patologie. Nell'ambito dello studio INTERACT è stata segnalata una associazione positiva tra elevata assunzione di carne rossa e proteine animali in genere e rischio di diabete di tipo 2 e una associazione inversa con elevati consumi di verdura e all'aumentare dell'aderenza ad un profilo di dieta mediterranea. Si tratta di effetti modesti ma basati su analisi aggiustate per i fattori di rischio noti e consolidati per questa patologia e condotti su casistiche molto numerose.

Identificare i fattori di rischio e stimare nelle specifiche popolazioni le ricadute in termini di riduzione del numero di casi di malattia in funzione della modificazione dei fattori di rischio è importante ma non sufficiente per la prevenzione. È necessario disporre di evidenze che questi fattori possano effettivamente

essere modificati e sviluppare (e valutare) politiche e programmi che riescano realmente a produrre gli effetti desiderati. In ambito alimentare e di promozione dell'attività fisica le evidenze in questo senso sono limitate e sono ancora pochi gli studi controllati che possono essere trasferiti nella popolazione generale. L'evidenza di fattori di rischio a comune per le principali patologie croniche suggerisce l'importanza di un lavoro che integri le competenze di ricercatori e operatori sanitari di diverse discipline in modo da identificare e sviluppare una strategia comune.

Inoltre è evidente che le campagne di promozione rivolte a modificare i comportamenti individuali dovrebbero essere sostenute da azioni di tipo strutturale sia a livello locale ("*built environment*", es. piste ciclabili) sia per alcuni aspetti a livello normativo nazionale (tassazione/regolamentazione di specifiche componenti ritenute dannose in cibi e bevande industriali).

TM

Bibliografia

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

PIZZA DI SCAROLA*

Ingredienti:
Per l'impasto: 150 g farina integrale; 350 g farina di grano tenero tipo "0"; olio extravergine d'oliva q.b.; acqua q.b.; 30 g lievito di birra.
Per il ripieno: 4 scarole fresche; 8 acciughe sotto sale; 300 g olive di Gaeta; origano q.b.; pepe nero q.b.; capperi q.b.
 Preparete l'impasto per la pizza con la farina integrale, la farina "0", il lievito di birra e l'olio extravergine di oliva e fatelo riposare per ½ ora.
 Pulite e tagliate la scarola. Saltatela in padella e aggiungete le acciughe, le olive snocciolate, il pepe nero, l'origano e i capperi. Dividete l'impasto formando due dischi, foderate con un disco una teglia tonda da forno, riempite con il ripieno e coprite con il secondo disco richiudendo bene i bordi. Cuocete al forno a temperatura media (200°C) per 20 minuti circa.

Una versione della pizza della tradizione napoletana rapida da realizzare. L'impasto con farina integrale e olio extravergine di oliva può essere utilizzato anche per altre torte salate a base di verdura.

* ricetta tratta dal volume "La salute in cucina. Le ricette dello studio DAMA"

Reflusso faringo-laringeo, un'affezione sempre più frequente

Diagnosi clinica e strumentale



Isabelle Fini Storchi, specializzata in Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale e in Audiologia. Ha lavorato a Padova in Chirurgia Endoscopica delle Vie Aeree Superiori. Dirigente Medico Ospedaliero di I livello fino al 2011 nella Clinica Otorinolaringoiatrica dell'AOU Careggi. Attualmente è libero professionista Otorinolaringoiatra e Audiologo in Firenze.

Il Reflusso Faringo-Laringeo (LPR da Laryngo-Pharyngeal Reflux) è un'entità distinta dal GERD (Gastro Esophageal Reflux Disease) per modalità di insorgenza, clinica e terapia.

Il danno da reflusso è espletato da liquido o aerosol gassoso che, nel 95% dei pazienti non gastro-resecati, è a pH acido e solo nel 5% è alcalino.

Il danno mucoso è ulteriormente creato dalla pepsina, perfino a pH neutro.

Il LPR si differenzia dal GERD per reflussi più frequenti in ortostatismo, meno acidi (con pH tra 5.5 e 4), più brevi e più frequentemente gassosi.

Per questo, spesso l'LPR non viene avvertito.

Mentre per produrre lesioni esofagee è necessario un pH < 4, per determinare flogosi o lesioni delle più fragili mucose faringo-laringee è sufficiente un pH \leq a 5.5.

La mucosa esofagea può risultare illesa da 50 episodi di reflusso al giorno, mentre per produrre lesioni faringo-laringee sono sufficienti 3 reflussi a settimana.

Ecco perché nei pazienti con LPR, pirosi e bruciore retrosternale sono assenti nel 70% o più dei casi e le lesioni esofagee, presenti solo nel 12% circa.

Le manifestazioni cliniche di LPR sono: disfonia imprevedibile, secrezioni catarrali/bruciore/dolore/secchezza indicati spesso al giugulo, racle, sensazione di globo, scialorrea, attacchi dispnoici da laringospasmo, tosse cronica "faringea" che può precedere l'insorgenza di asma.

I segni e lesioni riconducibili a LPR sono: faringite cronica "a ciottolato" (il 70% dei casi circa di faringite cronica idiopatica è correlata a LPR), edema e iperemia laringei in particolare posteriori, ulcerazioni del 1/3 posteriore della laringe che possono precedere la formazione di granulomi, pseudosulcus da edema della faccia inferiore della corda vocale, stenosi commissurale posteriore da edema aritenoidico, stenosi sottoglottica.

Lo pseudosulcus (Foto 2) correla in modo statisticamente significativo con LPR ma non è

specifico, così come tutte le altre lesioni riportate.



Foto 1 - Laringe normale.

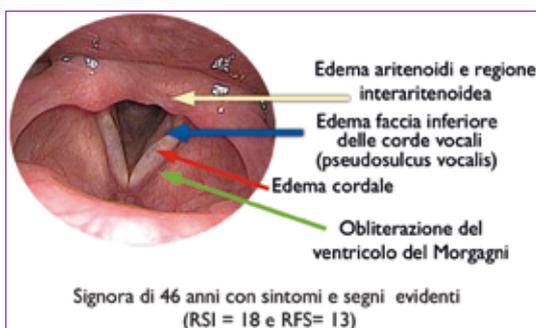


Foto 2 - Segni di LPR.

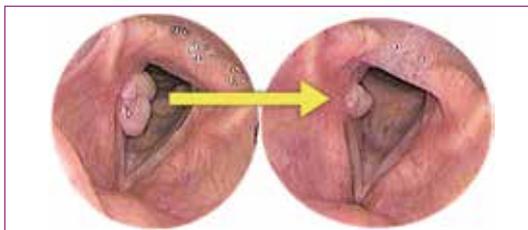


Foto 3 - Granuloma in paziente con LPR diminuito di oltre il 50% in soli 45 giorni di terapia con PPI ad alto dosaggio. La successiva exeresi, eseguita dopo molti mesi di terapia per incompleta sparizione del granuloma ha confermato istologicamente la diagnosi di granuloma.

L'LPR, inoltre, in presenza di surmenage vocale può favorire lesioni cordali quali noduli o polipi (Foto 4-5) e l'edema di Reinke che insorge abitualmente in fumatori.

L'LPR può avere un ruolo nella genesi di neoplasie laringee (Foto 6) perché la pepsina determina l'attivazione di geni oncogeni anche a pH 7.



Foto 4 - LPR e noduli (noduli freccia rossa, segni di LPR freccia gialla).

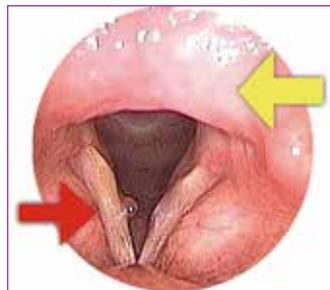


Foto 5 - Polipo (freccia rossa) in paziente sottoposto a malmenage vocale con intenso edema e iperemia della laringe posteriore da LPR (freccia gialla).

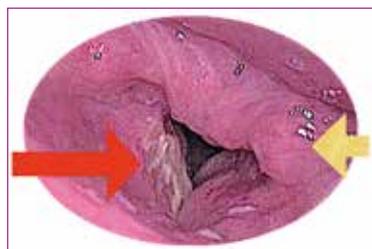


Foto 6 - Paziente di 58 anni fumatrice con carcinoma squamocellulare (freccia rossa) della falsa corda vocale destra con intensi segni di LPR (freccia gialla) e RFS 22.

Dato che non vi sono sintomi o segni patognomonic, sebbene spesso suggestivi di LPR, la diagnosi necessita di step successivi.

La terapia con PPI *ex iuvantibus* (PPI test), in assenza di riscontro obiettivo delle possibili lesioni e di un percorso diagnostico, ha valore diagnostico limitato.

Nel percorso diagnostico è prima importante raccogliere l'anamnesi compilando il Reflux Symptom Index (RSI) che è statisticamente attendibile nell'evidenziare sintomi da LPR e, che se ha punteggio >5, nella idonea situazione clinica, è evocativo di LPR.

È poi necessaria una visita ORL meglio se in Videolaringoscopia (VLS) osservando attentamente non solo la laringe ma tutto il distretto.

Alla luce della VLS va redatto il Reflux Finding Score (RFS) che dà un punteggio alle lesioni osservate e può dare un aiuto concreto per diagnosi e quantificazione del danno. Se >11 è fortemente evocativo di LPR.

Il RFS è un dato non oggettivo e operatore-dipendente, sebbene ben riproducibile.

Siccome RSI e RFS, sebbene di ausilio, non sono diagnostici, è necessario valutare l'LPR in modo oggettivo, preciso e affidabile. L'Rx ipofaringoesofageo con mdc ha sensibilità molto bassa e dunque è stato da tempo abbandonato come test diagnostico per l'LPR.

L'esofago-gastroscofia non è diagnostica di LPR ed è negativa nel 70% circa dei pazienti con sintomi esclusivi di LPR.

La PH-impedenziometria esofagea multi-

canale (MII) è un esame altamente specifico e sensibile ma ha lo svantaggio di essere talora mal tollerato.

Un esame ambulatoriale all'avanguardia meno invasivo e ben tollerato per misurare il pH delle vie aero-digestive superiori è la pHmetria orofaringea Restech, più sensibile rispetto a quella tradizionale.

Il sondino ad Antimonio micronizzato è posizionato in orofaringe e non in esofago e registra per 24 ore non solo i reflussi liquidi ma anche l'aerosol gassoso, principale responsabile dell'LPR.

Tale pHmetria ha *detection rate* e tempi più veloci dei comuni cateteri per pHmetria, specificità del 100% e alta sensibilità nel rilevare LPR.

Può essere utile nei pazienti asmatici dato che è stata verificata un'alta prevalenza di LPR misurato con pHmetria Restech in pazienti con asma difficile da controllare.

Nella casistica preliminare personale di 21 pazienti sottoposti a pHmetria Restech, tale esame si è rivelato utile per valutare l'effettiva necessità di una terapia prolungata con PPI (la letteratura indica il tempo di somministrazione dei PPI necessario per migliorare i sintomi di LPR almeno di 3 mesi) (Figura 1), la dose corretta o la somministrazione a orari particolari di PPI alla luce di tutti gli score registrati, correttivi mirati di specifiche attività del paziente, i sintomi del paziente alla luce di consensuali cali del pH, la presenza di LPR quale fattore causativo o aggravante l'asma (Figura 2), la situazione effettuando l'esame in corso di PPI in casi particolari e infine per escludere la genesi da LPR di tosse cronica con valutazione pneumologica negativa e assenza di *postnasal drip* (Figura 3).

Un altro esame è il PEP TEST che determina in laboratorio la presenza di pepsina nella saliva ma non vi è ancora tuttavia una bibliografia significativa per l'LPR.

Uno studio ha poi osservato che la pepsina era presente solo nel 22% di casi con GERD confermato.

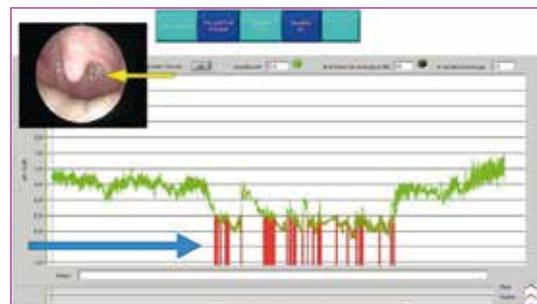


Figura 1 - pHmetria Restech in soprano lirico con deterioramento vocale progressivo e inconsapevolezza del reflusso (freccia gialla: micro-sondino al di dietro dell'ugola, freccia azzurra: i molteplici reflussi notturni a pH < 5.5 con durata globale di 7 ore e 4 min e reflusso più lungo durato 52 minuti).



Figura 2 - pHmetria Restech in paziente con segni di LPR, asma allergico e continue riacutizzazioni bronchitiche (in questo caso l'insorgenza quasi esclusivamente notturna consente la monosomministrazione di PPI un'ora prima di cena). Nel riquadro il posizionamento del microsondino.



Figura 3 - pHmetria Restech in paziente di 63 anni con tosse secca cronica da irritazione faringea da 1 anno, visita pneumologia, prove allergiche negative, scarsi segni di LPR (verosimilmente progressivo) e RFS 12 e RSI 9. La pHmetria è risultata totalmente negativa per cui la somministrazione ex-iuvantibus di PPI per 3 mesi sarebbe stata inutile).

Nei pazienti con sintomi esclusivi di LPR la ricerca di *Helicobacter Pylori* non è necessaria perché non correlato con l'LPR né con lesioni preneoplastiche o neoplastiche laringee.

Per la diagnosi di LPR, vi possono essere vari approcci:

1. Terapia empirica e miglioramento dei sintomi ex iuvantibus ma per avere risultati sui sintomi di LPR, la durata della terapia, alla luce della bibliografia scientifica, deve essere almeno di 3 mesi con bi-somministrazione di PPI (viceversa nell'esofagite da reflusso è sufficiente la monosomministrazione). Così potrebbero essere effettuate terapie lunghe e inutili oltre alla possibile mancata diagnosi di lesioni faringo-laringee.

2. Per selezionare meglio i pazienti è dunque consigliabile almeno la VLS redigendo i RSI e RFS per dare un "punteggio" all'LPR.

3. Nei casi più importanti (laringospasmo, asma non allergico, tosse cronica con valutazione pneumologica negativa, aritmie cardiache, professionisti della voce), per determinare la dose ottimale di PPI e ben selezionare il paziente da trattare, può essere indicato aggiungere a VLS+RSI+RFS anche la pHmetria orofaringea.

La risposta ai PPI è risultata superiore come compliance e outcome nei pazienti selezionati con pHmetria Restech rispetto a quelli trattati solo empiricamente.

In conclusione, non vi sono sintomi né segni patognomici di LPR ma la VLS con redazione di RSI e RFS e la pHmetria orofaringea possono dare un aiuto molto concreto per la diagnosi di LPR e la scelta dell'opportuno dosaggio dell'eventuale terapia che, sempre, si deve accompagnare alle note norme alimentari e posturali per la prevenzione del reflusso. **TM**

Info: isabellefinistorchi@tiscali.it



I gruppi Balint Paziente, professionista, malattia

Giovedì 22 Gennaio 2015, ore 20.30
Ordine dei Medici Firenze, Via G.C. Vanini 15

Quaderni di
**Salute
e territorio**

La monografia *I gruppi Balint-Paziente, professionista, malattia* (ETS, 2013), opera dei componenti dell'Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze, descrive la storia dei gruppi Balint in Italia e alcune esperienze formative che si sono realizzate con medici di medicina generale e con altri professionisti delle professioni di aiuto, quali gli psicologi. Nel volume sono espressi anche i principi basilari di una formazione di senso psicosomatico, principi che hanno caratterizzato la recente esperienza toscana di formazione alla conduzione di gruppi Balint.

La presentazione della monografia sarà l'occasione per sviluppare e dibattere alcuni temi di particolare interesse attuale, quali:

- il paradigma della complessità nell'attività dei medici di medicina generale oggi;
- la formazione psicologica del medico di medicina generale e la sua specificità;
- i gruppi Balint nei nuovi contesti della medicina;
- la formazione alla conduzione dei gruppi Balint: l'esperienza della Regione Toscana.

Moderatori: A. Allamani, M.G. Sarti

Interventi di: A. Panti, M. Rosselli, A. Suman, P. Martellucci, M. Santini, L. Polenzani, S. Giovannoni, M.G. Mori, M.P. Urbani, Rappresentante della Regione

Info: Dott. Allaman Allamani - 348.4100587

La monografia è scaricabile da: http://www.formas.toscana.it/rivistadellasalute/fileadmin/files/fascicoli/quaderni/Quaderno4_testo.pdf



Giampaolo Collecchia, Medico di Medicina Generale in Massa (MS). Docente e Tutor di Medicina Generale. Membro CliPS Lab (Clinical and Professional Skills simulation lab) CSeRMEG. Coordinatore Animatori di Formazione Asl 1 Massa e Carrara. Membro del Comitato Etico Locale. Editorial Reviewer per il British Medical Journal

G. COLLECCHIA, F. CALCINI¹, S. CARDAMONE¹, L. PUC CETTI¹

Gestione della terapia anti-tromboembolica in una popolazione di pazienti con fibrillazione atriale non valvolare in medicina generale

Premessa

La fibrillazione atriale (FA) è l'aritmia sostenuta più comune nella pratica clinica, interessando circa l'1% della popolazione generale, con aumento progressivo all'avanzare dell'età. Secondo uno studio veneto, effettuato da medici di medicina generale, non ancora pubblicato, la prevalenza sarebbe ancora maggiore, raggiungendo il 3,28%, quindi un massimalista dovrebbe assistere in media oltre 40 fibrillanti.

Circa un terzo dei casi di fibrillazione atriale rimane asintomatica e spesso non è diagnosticata.

L'aritmia determina un aumento significativo della morbilità e della mortalità, prevalentemente a causa delle complicanze tromboemboliche a carico del SNC. Il rischio annuale di ictus per i pazienti con fibrillazione atriale parossistica (2,6-3,2%) è paragonabile a quello dei pazienti con fibrillazione atriale permanente (2,9-3,3%).

TAO e NAO

La terapia anticoagulante orale (TAO) con dicumarolici riduce in modo significativo gli ictus di origine trombo-embolica ed è considerata di prima scelta anche se comporta un aumento del rischio emorragico. L'ASA ed altri singoli antiaggreganti, pur diminuendo il rischio di ictus, attualmente non trovano invece indicazione (linee guida ESC 2012, NICE 2014). L'utilizzo della terapia anticoagulante orale ha peraltro diversi limiti, in particolare la necessità del monitoraggio della coagulazione.

Recentemente sono stati approvati, per la prevenzione del tromboembolismo nella fibrillazione atriale non valvolare, nuovi anti-coagulanti orali (NAO). I dati derivanti dai trial clinici più importanti indicano, nel complesso, per questa classe di farmaci, un profilo di efficacia anti-tromboembolica simile a quello dei

dicumarolici, con una minore incidenza di ictus emorragici. I nuovi anticoagulanti orali non necessitano di monitoraggio della coagulazione, ma hanno lo svantaggio della mancanza di antidoto e costi elevati. L'AIFA ha istituito un regime speciale di monitoraggio e stabilito che la prescrizione sia effettuata previo piano terapeutico specialistico da redigere telematicamente seguendo criteri assai più restrittivi rispetto a quelli delle linee guida ESC e NICE.

TAO e FA

La scelta della terapia si basa su strumenti quali il CHA2DS2-VASc score per la stima del rischio cardio-embolico mentre l'HAS-BLED, pur se non vincolante, consente di stimare il rischio emorragico. La percentuale di fibrillanti in terapia anticoagulante orale è inferiore al 50%. Esiste dunque una parte rilevante di soggetti che, secondo le attuali linee guida, potrebbero essere candidati alla terapia anticoagulante, ma non la effettuano per vari motivi, ad esempio potenziali controindicazioni, non corretta valutazione del rischio trombo-embolico, scarsa aderenza terapeutica per difficoltà organizzative/logistiche, timore di emorragie, rifiuto del paziente.

Intervento

La Scuola di Formazione Toscana in medicina generale, polo didattico di Pisa, ha effettuato uno studio interclasse sulla gestione della terapia anti-tromboembolica della fibrillazione atriale, con la indispensabile collaborazione dei corsisti e dei rispettivi tutors. Il progetto, patrimonio dell'intera Scuola, ha previsto una componente **formativa** principale, avente i seguenti obiettivi:

- identificare i pazienti affetti da fibrillazione atriale **occulta**, non diagnosticata;
- identificare i pazienti affetti da fibrillazio-

¹ Coordinatore delle attività teorico-pratiche del Corso di Formazione Specifica in medicina generale (sede di Pisa)

In nome e per conto dei tutors e dei corsisti della Scuola di Formazione Specifica in medicina generale - Polo didattico di Pisa

ne atriale nota ma **non trattata** o **trattata in maniera inadeguata**;

- valutare il possibile utilizzo, nei pazienti *naïve* ed in quelli già in trattamento, della **terapia con i nuovi anticoagulanti orali***.

Mediante apposite *queries*, scelte con un criterio di priorità in termini di sensibilità, sono stati estratti dai *software* gestionali dei medici tutor i soggetti con fibrillazione atriale non valvolare. Per ogni paziente è stata redatta una **scheda raccolta dati** comprendente le caratteristiche anagrafiche, educazionali e cliniche dei pazienti, in particolare la presenza di fibrillazione atriale occulta o nota, l'attuazione o meno della terapia anticoagulante orale, l'adeguatezza della stessa, l'indicazione ai nuovi anticoagulanti orali secondo il giudizio del medico e numerose altre variabili.

La presenza di fibrillazione atriale **occulta** è stata ricercata mediante *screening* opportunistico, attraverso la palpazione del polso per 30" in tutti i pazienti di oltre 65 anni giunti in ambulatorio, per qualsiasi motivo, in un periodo di 30 giorni, con successivo ECG di conferma in caso di sospetta aritmia.

I risultati preliminari serviranno per impostare una ricerca più accurata dei casi di fibrillazione occulta attraverso il calcolo di un *follow-up* tarato sulla dimensione campionaria richiesta.

La terapia antitrombotica è stata considerata:

- **adeguata** in presenza di TTR $\geq 70\%$ in soggetti con CHA₂DS₂-VASc ≥ 1 ;

- **inadeguata** nelle seguenti situazioni: a) TTR $< 70\%$ in pazienti con CHA₂DS₂-VASc ≥ 1 già in terapia anticoagulante orale; b) terapia anticoagulante orale in soggetti con CHA₂DS₂-VASc 0; c) terapia con ASA o con eparina in pazienti con CHA₂DS₂-VASc ≥ 1 .

Lo studio ha previsto come **obiettivi formativi**:

- studio pilota di individuazione dei pazienti con fibrillazione atriale occulta;
- valutazione del trattamento nei fibrillanti noti;
- individuazione delle cause del non trattamento dei fibrillanti noti;
- individuazione delle cause di non adeguatezza della terapia nei fibrillanti noti;
- valutazione delle indicazioni alla terapia con i nuovi anticoagulanti orali;
- analisi delle criticità della ricerca in medicina generale.

* In una logica di ottimizzazione delle risorse, si ritiene prioritario rivolgere l'attenzione ai soggetti fibrillanti **non noti** ed ai pazienti **non in terapia anticoagulante orale**, rivalutare

la necessità/praticabilità della terapia anticoagulante e, per i non candidati al warfarin, valutare l'introduzione dei nuovi anticoagulanti orali secondo percorsi facilitati e concordati con gli specialisti.

RISULTATI preliminari

Al momento sono disponibili i primi risultati delle statistiche descrittive. Un'analisi più dettagliata sarà effettuata successivamente. I pazienti analizzati, assistiti da 21 medici di medicina generale, sono 707 (M 49.2% F 50.8%). Le classi di età sono mostrate nella Tabella 1:

Tabella 1 - Stratificazione dei pazienti per classi di età.

Range età (anni)	N	Percentuale
meno 65	82	11.60
>=65a <75°	161	22.77
>=75a <85°	291	41.16
>=85°	173	24.47
Totale	707	100.00

I pazienti seguiti dai Centri specialistici ospedalieri o universitari sono pari al 13% mentre nel 77% dei casi sono seguiti dai medici di medicina generale.

Sono stati individuati attraverso lo screening preliminare due casi di fibrillazione atriale prima non noti.

L'aritmia, classificata in base all'età di insorgenza, si è distribuita come evidenziato nella Tabella 2:

Tabella 2 - Stratificazione della fibrillazione atriale in base al tempo trascorso dalla prima insorgenza.

Range età (anni) dalla prima diagnosi	N	Percentuale
2 anni o meno	177	25,04
2- 5	182	25.74
6-10	156	22.07
oltre 10	159	24.49
Totale	707	100.00

La tipologia di fibrillazione atriale è risultata come evidenziato nella Tabella 3:

Tabella 3 - Stratificazione della fibrillazione atriale in base alla tipologia di presentazione e durata.

Tipo di FA	N	Percentuale
Parossistica	212	29,99
Persistente	139	19,66
Permanente	345	48,80
Non nota	11	1,56
Totale	707	100.00

La terapia anti-tromboembolica (di qualsiasi tipo) è risultata praticata in 609 pazienti (86,14%).

Le terapie sono risultate ripartite come evidenziato nella Tabella 4:

Tabella 4 - *Trattamento antitromboembolico.*

Terapia	N	Percentuale
TAO	363	51,34
Antiaggreganti	163	23,06
TAO + Antiaggreganti	12	1,70
NAO	37	5,23
EBPM	26	3,68
EBPM + Antiaggreganti	6	0,85
Nessuna	96	13,58
Altro	4	0,57
Totale	707	100,00

Conclusioni

La terapia anticoagulante orale è risultata prescritta in oltre il 50% dei pazienti considerati, percentuale simile a quella descritta in altri studi condotti nel *real world*. In base ad una valutazione preliminare le principali cause del mancato trattamento (l'analisi è tuttora in corso) sono risultate la incorretta valutazione del rischio trombo-embolico, con scarsa attenzione allo score CHA₂DS₂-VASc, la sopravvalutazione del rischio emorragico dei dicumarolici, la presenza di comorbilità, il timore di scarsa aderenza terapeutica e l'età avanzata. In particolare è emersa la grande rilevanza attribuita dal medico al rischio emorragico della terapia anticoagulante orale rispetto a quello derivante dall'utilizzo degli altri antitrombotici "classici", in particolare degli antiaggreganti, opinione che non sembra suffragata dalle evidenze che mostrano un rischio di emorragia simile tra terapia anticoagulante orale e ASA.

È apparso inoltre molto elevato il tasso di giudizi all'indicazione alla terapia con i nuovi anticoagulanti orali rispetto alle reali indicazioni delle normative di rimborso stabilite dall'AlFA, ma meno elevato rispetto a quello raccomandato dalle attuali linee guida (ESC, NICE).

Il presente studio rappresenta la base per ef-

fettuare ulteriori azioni di *audit* volte al miglioramento dell'appropriatezza terapeutica della terapia anti-tromboembolica in medicina generale e costituisce un'utile base di confronto con i colleghi specialisti per la definizione ed implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici che consentano la prescrizione di una terapia antitrombotica personalizzata, secondo i reali bisogni degli assistiti, graduati con criteri di accesso, orientati al raggiungimento del miglior rapporto costo-beneficio di salute pubblica.

Ringraziamenti

Si ringraziano i tutors ed i corsisti del Corso di Formazione Toscana in MG - sede didattica di Pisa - che hanno validamente supportato la ricerca; un plauso particolare ai medici in formazione Bruselli L., Lombardi I., Muccignat A., Chiappi L., Mallegni F., Lorusso M., Grossi S. che hanno svolto il lavoro di coordinamento.

Gruppo di studio

Tutor: Aloisi D, Angeletti M, Baldi P, Bartalucci F, Bartoli M, Bianchi E, Bigazzi F, Bondielli G, Cammisa M, Caporali N, Cardamone S, Ceccanti G, Cervetti M, Chiarini G, Collecchia G, Contrucci L, Franceschi PL, Fontani GM, Galli G, Gasparotti G, Ghelarducci LF, Lami T, Mannari G, Menchetti G, Monicelli P, Moscardini S, Pardini G, Pardini M, Pardini M, Pieroni A, Puccetti L., Sgrilli R, Stefani P, Urbani PM

Corsisti: Arrighi E, Bracaloni S, Bruselli L, Campinoti S, Chiappi L, Costanzo D, Cola E, Del Monte AL, Dini E, Drapchind D, Franchi R, Gambaccini L, Giannelli C, Giorgetti M, Govi S, Grossi S, Iacopini E, Lenzi F, Liberatori M, Lombardi I, Lorusso M, Mallegni F, Mariottini F, Matteucci G, Morello T, Muccignat A, Nardini L, Panebianco E, Picchi G, Raffo L, Rizzato S, Roncella F, Rossi F, Silvestri F, Simonini L **TM**

Info: g.collec@vmail.it

CORSI E CONGRESSI

La salute, la malattia e il filo rosso dell'infiammazione

Il contributo della Psiconeuroendocrinoimmunologia allo studio e alla cura delle malattie infiammatorie immuno-mediate

Firenze, 17 gennaio 2015

Auditorium di Sant'Apollonia, via S. Gallo 25, 8.30-18.00

La giornata di studio, organizzata dalla Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia, ha due obiettivi principali: da un lato, la ricognizione delle evidenze e delle ipotesi scientifiche che legano l'infiammazione a una molteplicità di disturbi e patologie in diversi distretti dell'organismo e, dall'altro, l'esame del legame bidirezionale tra condizione psichica, stress emozionale e infiammazione. Le finalità sono quelle di conoscere meglio il funzionamento dell'organismo umano in salute e malattia per fondare una pratica terapeutica che integri la dimensione biologica e quella psicologica, migliorando l'efficacia e la sicurezza delle cure.

Partecipano: **Hugo O. Besedovsky**, Univ. dell'Aquila; **Francesco Bottaccioli**, Univ. dell'Aquila; **Antonio Calabrò**, Univ. di Firenze; **Rolando Cimaz**, Univ. di Firenze; **Franco Cracolici**, Scuola di Agopuntura di Firenze; **Maurizio Cutolo**, Univ. di Genova; **Lorenzo Emmi**, SODs Lupus clinic, AOU Careggi Firenze; **Antonella Ferrari**, Univ. di Firenze; **Pierangelo Geppetti**, Univ. di Firenze; **David Lazzari**, Univ. di Perugia; **Andrea Minelli**, Univ. di Urbino; **Marina Risi**, Univ. dell'Aquila; **Piercarlo Sarzi Puttini**, Osp. Sacco, Milano; **Gabriele Simonini**, Univ. di Firenze; **Alfredo Zuppiroli**, Agenzia Sanità Regione Toscana.

Info: segreteria.sipnei@gmail.com.

MAURO BARNI

Paolo Mascagni (1755-1815)

Maestro di Scienza, d'Arte, di Democrazia a Siena, in Toscana, in Europa



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.



Nasceva a Pomarance, il 25 gennaio 1755, il genio italiano dell'Anatomia umana, della cui scomparsa, avvenuta nel 1815, ricorrerà tra poco il secondo centenario: un Uomo che merita un particolare ricordo certamente pertinente all'*Accademia* (i Fisiocritici, le Università e gli Ospedali storici di Siena, di Pisa, di Firenze) ma anche alla comunità regionale e alle pubbliche istituzioni a partire dai Comuni, in particolare quelli delle tre città universitarie toscane, illuminate da una vicenda di straordinaria incisività culturale ed etica, segnata da successi e persecuzioni, ma illuminata sempre dal soffio di una eccellenza scientifica e ideale, produttiva di opere eccezionali, esemplari e essenziali per il progresso delle conoscenze biologiche e ambientali. Si può comunque esser ben certi che nei grandi centri della cultura medica e naturalistica (Parigi, Vienna) ove sono custoditi i prodotti del suo Magistero, la sua personalità verrà degnamente e orgogliosamente onorata, insieme alle immagini che Egli ha lasciato, a testimoniare una indagine ancor fertile d'ispirazioni, ancor stupefacente per sensibilità estetica.

Paolo Mascagni veniva da una famiglia benestante, con dimora e beni a Castelletto, una bor-

gata di Chiusdino, in terra, dunque, senese. Non è indifferente considerare come singolare quel lembo toscano, in cui Paolo trascorse un'infanzia felice: una propaggine impervia ed aspra del Granducato del tutto omogenea e poi spartita, smusando gli angoli e il buon senso, tra le provincie di Grosseto, Siena e Pisa, un'enclave avvincente per la tempesta collinare scoscesa, boscosa, per i misteri profondi di una terra profondamente rocciosa, screziata sin nell'intimo da filoni minerali di pirite, di antimonio, di lignite e soprattutto tesa, fino al rigurgito esplosivo, dai gas ipogei e dai vapori caldissimi: magma e forze endogene, come oggi si dice, che hanno condizionato nel bene e nel male il lavoro operaio, il destino, il carattere stesso della gente.

Il piccolo Mascagni anche «negli infantili trastulli» come scriverà un suo collaboratore «non mancava di domandar conto dell'una o dell'altra cosa che gli si presentava davanti agli occhi» ansiosi di capire la natura delle cose a cominciare dai *lagoni* (o soffioni) che qua e là prorompevano alti dal suolo, si erigevano come pennacchi pomposi, fortemente rombanti e che oggi sono in larga misura imbrigliati, soprattutto a Larderello, sin dall'800 diventato, anche per le ricerche di Mascagni e l'imprenditoria dei De Larderel, centro di produzione di preziose sostanze chimiche e oggi di energia pulita, termica ed elettrica, di calore per le serre dei fiori stupendi.

Bisogna proprio pensare che quelle terre alte e turbolente siano state capaci di imprimere nella gente che le popolavano, per sfuggire la malaria, ritirandosi sui paesi per lo più arroccati su colli scoscesi (Montieri, Chiusdino, Boccheggiano, Castelnuovo della Cecina, San Dalmazio, Pomarance), lo stigma d'ansia e di fervore maremmano: gente già attratta dall'anarchia, fiera ed eroica nell'Antifascismo (Roccastrada) e nella Resistenza (Niccioletta), rabbiosamente stoica nel massacrante lavoro di miniera. Ricordiamo Ribolla, rileggiamo le pagine di Bianciardi e Cassola! È gente inquieta, taciturna, attenta, un po' ribelle verso ogni conformismo, forse, anche queste suggestioni ambientali e sociali connotarono in Paolo il suo intelletto sbalorditivo e precocissimo tanto che fu mandato a studiare a Siena fin da piccolo, ove ebbe accesso a 17 anni ai corsi universitari di Fisica, Geometria, Medicina, per approdare all'Anatomia umana, venendo ben presto definito dai Maestri *solertissimo, amatissimo, eruditissimo*, in

definitiva, superlativo.

E c'era da esserne fieri, nel piccolo Ateneo d'allora, appena ripristinato, come lo fu il suo professore, l'anatomico Tabarrani, un fautore della nuova università e del rapporto con l'Accademia dei Fisiocritici, rifiorita anch'essa negli ultimi decenni del secolo "illuminato", grazie alla riforma di Pietro Leopoldo di Lorena, Principe dalla attenta saggezza politica, che particolarmente valorizzò Siena, per merito anche di Pompeo Neri, ministro prezioso e del magistero economico di Sallustio Bandini.

Il venticinquenne Paolo, forte della acquisita e riconosciuta eccellenza didattica e scientifica, accedeva così alla docenza universitaria, dedicandosi alla indagativa e originalissima opera illustrativa e dimostrativa del *sistema linfatico nell'uomo*, ch'egli seppe render evidente nel cadavere, iniettando nel reticolo dei vasellini, il liquido mercurio metallico, l'*argento vivo* che, per il suo alto peso specifico, scivolava lentamente nei loro lumi, svelandone il percorso e il destino di funzioni essenziali alla vita.

I linfatici (di cui nell'ingenua lapide mortuaria paesana è definito l'*inventore*) furono da lui evidenziati in tutto il corpo umano, eccezion fatta per il cervello, e le evidenze della ricerca furono subito presentate ai diffidenti colleghi dell'Accademia (di cui nel 1798 sarebbe diventato Presidente) e anche agli studenti del corso, attraverso la esibizione di stupendi disegni su tavole a colori, di preparati essiccati delle strutture e degli organi umani, di cere capaci di restituire immagini tridimensionali a colori. La fitta rete linfatica

dell'uomo era (e resta) assolutamente visibile e rilevabile per l'essere stata eternizzata dal mercurio. Le opere stupende, le tavole soprattutto e le cere hanno assicurato una suggestione iconografica dei vasi linfatici in una stupenda edizione (la prima), presentata a Pisa nel 1788 dallo stesso Pietro Leopoldo (Figura 1).

Nasce ben presto persino l'idea generosa di un trattato generale del corpo umano, la *Grande Anatomia*, che vedrà la luce sempre a Pisa molti anni dopo la morte dello Scienziato con il concorso di illustri incisori e pittori che, sotto la guida del Maestro, produssero una mirabile iconografia. Delle celebrate tavole furono realizzati esemplari (sin dal 1782) anche per i musei fiorentini e, soprattutto per il Gabinetto Reale di Storia Naturale, personalmente consegnati dall'Autore all'illuminato Granduca Pietro Leopoldo. A Parigi, dopo qualche peripezia burocratica dell'Accademia delle Scienze, era stata intanto trionfalmente accolta la prima parte dell'opera sui linfatici che raccoglieva e illustrava una ventina di tavole con didascalia in lingua francese (*Prodrôme d'un ouvrage sur le système des vaisseaux lymphatiques*) mentre qualche anno dopo (1787) fu completato il volume costituito da 22 tavole (*Vasorum lymphaticorum historia et iconographie...*), curato a Siena dalla tipografia Pazzini. Questa *Historia*, patrocinata da Pietro Leopoldo come espressione massima di una genialità anticipatrice, fu sostenuta e lanciata in Italia e in Europa da lui che sarebbe divenuto Imperatore d'Austria.

In un appassionato saggio biografico, redatto quale guida alla conoscenza di un indimenticabi-

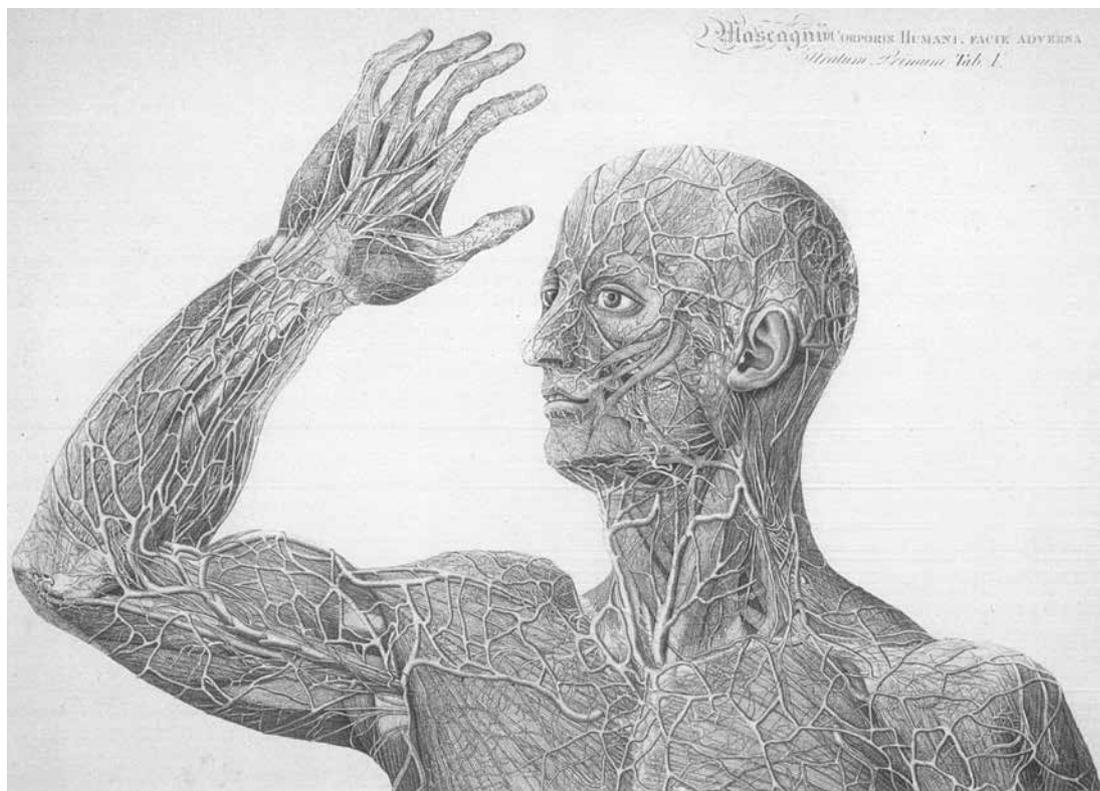


Figura 1

le Maestro, il biochimico Carlo Ricci (*Paolo Mascagni e il suo tempo*, Siena 1996, un autentico florilegio curato da Francesca Vannuzzi, storica della Medicina) lo definisce come «una delle figure più significative del mondo scientifico della seconda metà del XVIII secolo ... insigne anatomista sì, ma anche ... apportatore di contributi innovativi nei campi della Chimica, della Mineralogia, dell'Agricoltura: Uomo del suo tempo non alieno al fiorire delle nuove idee» tanto da contribuire, con passione e prestigio esemplari all'epopea giacobina senza mai distrarsi dal lavoro, convinto com'era dei valori della eguaglianza, della giustizia e della libertà, cui la Scienza libera da qualsiasi vincolo, costituisce il più nobile orpello e il viatico irresistibile.

E tuttavia, le invidie e le maldicenze non lo risparmiarono, anzi lo colpirono vilmente tanto più quanto la sua fama informava e stimolava il progresso. I motivi del sospetto, peraltro tenuto a freno dalla grande considerazione acquisita dal Mascagni nei più alti ambiti istituzionali toscani, erano fomentati da piccoli frequentatori del Santa Maria della Scala, medicastri e padri cappuccini, che riferivano dell'ascendente del Maestro sui giovani cui avrebbe dispensato idee libertine oltre che libertarie e vantato il primato della Scienza, persino disattendendo le prescrizioni non solo etiche ma persino dietetiche della Chiesa. Niente di meno! In realtà, l'Anatomico, impegnato in una ricerca vittoriosa resa possibile anche da un clima di idee nuove e feconde, «più o meno consapevolmente (lo scrive Laura Vigni in un capitolo del ricordato volume)» si esaltava umanamente nella sua idealità. Gli spiriti eletti lo chiamavano «Maestro di vita, punto di riferimento per i molti che lo seguivano» e sentivano in Lui il fascino stimolante e insinuante della modernità e della democrazia. Nel 1798 fu deferito alle Autorità civili perché si sarebbe vantato di far parte della Loggia massonica degli *Illuminati*, soppressa subito dopo la sua costituzione. La partecipazione a quel tempo del Mascagni «è molto dubbia» ... «anche se è certa» la sua adesione alla *loggia Napoléon* di Firenze, fra il 1808 e il 1814 (ma erano già altri tempi!).

A Siena, comunque, non fu dato seguito alle varie dicerie e il personaggio non fu neppure troppo ossequioso nei confronti del commissario delegato francese, piombato nel marzo 1799, che tuttavia, ben lavorando sul sogno repubblicano dello Scienziato (che non era acqua e nemmeno pallida linfa!) lo convinse ad accettare dal Governatore francese l'incarico di far parte della *municipalità* come responsabile dell'*assistenza pubblica* o della *pubblica istruzione*, incarico svolto con dedizione e competenza in una città incredula e bigotta. Pochi giorni dopo la prima dipartita delle truppe napoleoniche, il Mascagni fu coinvolto nella sciagurata e proditoria invasione degli aretini, che al grido di *Vivamaria*, misero al rogo, nel campo, una ventina di pacifici ebrei senesi e andarono a prelevare il Mascagni, sot-

toponendolo a percosse, cui a stento sopravvisse. Nonostante la fluidità delle vicende politiche, l'indomito studioso rimase a lungo incarcerato e poi processato a Siena e a Firenze sino all'assoluzione definitiva alla fine del 1801. Il Re d'Etruria, espressione del nuovo potere post-rivoluzionario, lo reintegrava nella vita universitaria, nominandolo Professore di Anatomia a Pisa, con l'obbligo di tenere un corso settimanale anche a Firenze. E la sua opera continuò soprattutto a Firenze, ove le sue *cere* furono accresciute e mostrate al mondo scientifico di allora. Nel 1807, fu istituito lo Studio Fiorentino, e al Mascagni fu data la cattedra, che aveva sino ad allora tenuto al Santa Maria Nuova. L'amore per Siena rimase in lui rappreso nel ricordo agghiacciante di una cieca, terribile persecuzione. Non tornò più in città, a lavorare nei fondi umidi eppur tanto fertili dell'Ospedale di Santa Maria della Scala.

Durante uno dei suoi soggiorni al paesello della sua infanzia, l'ormai famosissimo studioso, moriva il 19 ottobre 1815 per un attacco di malaria pernicioso.

I *Fisiocritici di Siena* lo hanno sempre venerato, celebrato nel bicentenario della nascita (1955) e in occasione di una esposizione delle sue opere amorevolmente raccolte in una sala suggestiva dell'Accademia. La sua ricerca, così originale e complessa, fu ripresa negli ultimi decenni del '900 da un grande anatomico dell'Ateneo senese, Leonetto Comparini, che ne ha esaltato con i mezzi del progresso scientifico e con l'ausilio del radiologo Carlo Stuart l'eredità attraverso documentazioni e applicazioni di straordinario valore, anch'esse integrative oggi di un patrimonio culturale elevatissimo e provvido. Non a caso il Comparini, di Massa Marittima, veniva dalla stessa terra! Celebrando la "*Grande Anatomia*" che fu l'opera ultima e postuma del Mascagni, edita decenni dopo la sua morte, il Comparini scriveva: «Chi coltiva lo studio delle scienze anatomiche, di fronte al monumentale lavoro (*del suo predecessore*), non può non ripercorrere senza emozione il cammino della evoluzione del pensiero che sempre è scritto nelle opere dei Grandi» e definiva il Trattato come «il coronamento sommo di una autentica maturazione filosofica, scientifica ed estetica che, muovendo degli strettissimi rapporti che legano la scienza e le arti figurative ... si sublima un vero e proprio processo di identificazione» (Figura 2).

Come si è già accennato il Mascagni tornava spesso alla casa paterna, ove lavorava e scriveva d'agricoltura e di chimica e sperimentava soprattutto sul caldo vapore dei lagoni, alla ricerca dei componenti chimici, del *borace* in primo luogo, che arricchì il nobile De Lardarel, cui deve il nome il villaggio operaio sorto attorno alla sua villacastello; ma soprattutto vi rintracciava le ragioni e le radici di una passione che lo stava portando molto in alto, nel cenacolo stesso dei più grandi scienziati d'ogni tempo.

A due secoli dalla morte, è bello pensare e

sperare che non solo qui a Siena la memoria di Paolo Mascagni, dell'Uomo dai solidi ideali democratici, sia celebrata in modo consapevole e solenne, non solo dall'Accademia che Sara Ferri oggi mirabilmente presiede, e non solo dalle Università toscane, ma anche dalla comunità regionale e dalle istituzioni democratiche dai suoi luoghi d'origine e di lavoro, con l'orgoglio e la *mission* di tener viva l'esemplare memoria di un conterraneo che seppe difendere in tempi calamitosi, gli ideali di libertà e di giustizia e pose per essi a rischio la stessa vita, nonché gli Onori e gli Agi brillantemente acquisiti, con la dedizione più profonda e fertile ad una ricerca scientifica, essenziale alla *cultura europea*.

Una grande *mostra* consacrata alla complementarietà tra Arte e Scienza, in cui far confluire il patrimonio di icone di una stupefacente ricerca di opere, di preziosi libri, di memorie e di miti presenti a Siena e non solo ai Fisiocratici (anche in un piccolo museo universitario dedicato al Comparini, che custodisce preziosi e poco accessibili esemplari), presente a Pisa, a Firenze, a Vienna, a Parigi, potrebbe costituirsi un viatico fervido per Siena, una testimonianza di splendore, un atto di fede nella Scienza, cui la nostra fede antica deve sentirsi vocata.



TM Figura 2



Francesco Carnevale è stato assistente presso l'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Padova e poi di Verona dal 1969 al 1986, quindi, sino al 31.12 2009, dirigente di medicina del lavoro nell'Azienda Sanitaria di Firenze. Docente presso la Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università di Firenze è cultore di storia della salute dei lavoratori.

FRANCESCO CARNEVALE

Andrea Corsini (1875-1961) e il "primato" italiano della scoperta della patologia da strumenti vibranti

"Or sono circa tre anni che nel cantiere di Riva Trigoso veniva adottato per ribattere i buloni ed i chiodi delle navi uno strumento di recente invenzione del quale diremo tra poco e che dagli operai fu ben presto accusato di essere dannoso alla loro salute. Sorse fra gli operai stessi una subitanea agitazione ed un tentativo di sciopero; lì per lì fu dai superiori accordata la sospensione del lavoro con tali strumenti e tutto si acquietò, ma essendosi tosto dalla direzione del cantiere ripristinato l'uso di essi gli operai tornarono dopo qualche tempo a richiedere l'abolizione o la riforma di tal sistema di lavoro, finché, nulla ottenendo, addivennero all'ultimo sciopero ...". Uno sciopero "d'indole prettamente igienico".

Questo è l'incipit di un articolo dal titolo "Gli

strumenti ad aria compressa in rapporto all'igiene dell'operaio" che compare in uno dei primi numeri del "Il Ramazzini - Giornale Italiano di Medicina Sociale" che si pubblica a Firenze; siamo nel 1907 e l'autore è Andrea Corsini (1875-1961) che in quanto ad affiliazione riporta: "Medico aggiunto dell'Ufficio d'Igiene del Municipio di Firenze". Vengono descritti con molta cura gli strumenti contestati, il loro "effetto portentoso", e quindi i risultati di una sommaria ma non banale "inchiesta igienico sanitaria" che ampio spazio riserva all'anamnesi ed alle ragioni dei lavoratori interessati. Scrive Corsini: "mi colpì però anche l'effetto che essi producevano sul braccio e sulla persona degli operai che lo adoperavano. Essi, nella rapida corsa che il pistone eseguisce avanti

ed indietro per battere sullo scalpello o sul martello, provocano un rumore simile a quello di un'automobile ferma ma col motore in azione e si hanno delle incessanti scosse che comunicano al braccio ed al petto dell'operaio un forte tremolio paragonabile nella forma a quello provocato da un concussore elettrico per la tremuloterapia."

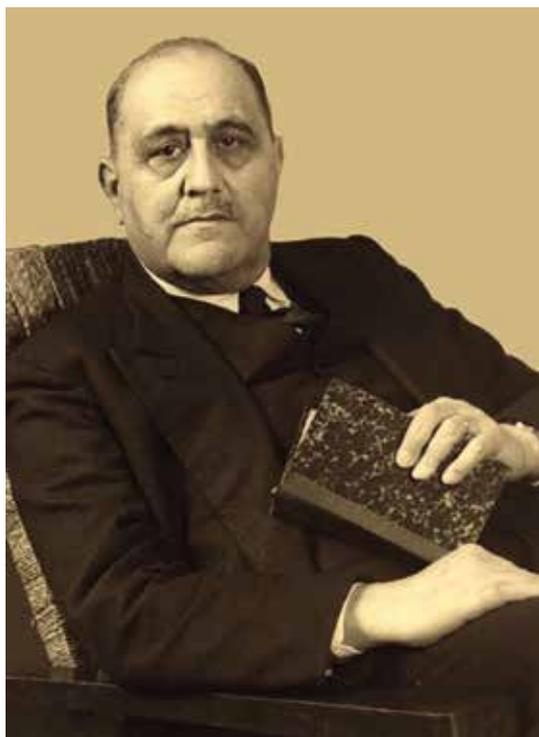
Nell'articolo, il fiorentino prende in considerazione la scarsa e comunque poco pertinente letteratura sugli strumenti vibranti e critica almeno in parte i risultati di un'inchiesta *ad hoc* sollecitata dai lavoratori, concessa dall'"Ufficio del Lavoro" ed affidata a Pietro Canalis (1856-1939), professore di igiene nell'Università di Genova, all'epoca anche medico provinciale sempre a Genova, ed all'ingegnere Efrem Magrini (1876-1926), delegato speciale dell'Ufficio del Lavoro per la Liguria ed il Piemonte. Conclude quindi il suo lungo scritto con precetti di ordine preventivo fondati sul "buon senso" etico ed igienistico, compatibili con la ineluttabilità ed utilità del progresso tecnico rappresentato dall'avvento degli strumenti vibranti nell'industria: *"Dobbiamo perciò noi concludere contro l'uso del sistema Pneumatico? No, ben lungi da ciò" ... "Si cerchi quindi anche nel caso nostro di ridurre le ore di lavoro facendo dei turni, concedendo più frequenti riposi, alternando l'una all'altra lavorazione, cercando poi di attuare tutti quegli espedienti che la pratica può suggerire e l'esigenza delle speciali industrie può permettere. Si cerchi poi con l'uso più esteso di cavalletti ecc. di render meno gravoso il lavoro là dove l'operaio deve sostenere anche il peso dello strumento, nulla tralasciando per mitigare gli effetti spiacevoli di questo nuovo sistema di lavoro. Altrimenti non solo si trasgre-*

dirà ad ogni più elementare precetto d'igiene compromettendo la salute dei nostri simili, ma si rischierà anche di provocare delle reazioni che possono condurre al forzato abbandono di quel che rappresenta un importante passo in avanti per le nostre industrie. Si faccia in maniera che l'operaio per il primo accetti volentieri lo strumento che a lui viene affidato per il suo lavoro, e se anche talora ciò che è nuovo può in lui destare vani ed infondati sospetti, si possa con coscienza rassicurarlo in modo che col tempo i fatti vengano a darci ragione".

È comprensibile che il medico (e buon fotografo), di fronte al complesso fenomeno dello "sciopero delle macchinette" si sia appassionato ai fatti sanitari e alla possibile riduzione del danno prodotto e che non abbia ammesso, e comunque non ne fa cenno, che la preoccupazione maggiore dei lavoratori in quella occasione fosse la perdita della propria tradizionale professionalità di calafati, capaci di ribadire magistralmente i chiodi con il martello, il fatto che quegli stessi sarebbero potuti essere sostituiti da giovani operai non specializzati e che alla fine avrebbero avuto armi spuntate nelle loro rivendicazioni salariali. La lotta per la salute non era dunque separabile, come spesso succede, da aspetti più generali, anche cruciali, relativi al ruolo sociale ed ai diritti acquisiti dai lavoratori con precedenti impegnative vertenze sindacali e politiche.

Andrea Corsini non è e non sarà un medico del lavoro e non pubblicherà altri scritti sulla salute dei lavoratori; si capisce che il suo interessamento per gli effetti degli strumenti vibranti ad aria compressa è occasionale; egli stesso tuttavia non trascura di seguirne, almeno nel breve termine, le vicende tecniche e scientifiche. Legge con interesse un articolo che tre anni dopo, nel 1910, scrive sullo stesso argomento Giovanni Loriga (1861-1950) ed interviene subito con una breve nota sempre su "Il Ramazzini" confermando nella sostanza i contenuti dell'inchiesta svolta a Roma da quest'ultimo e sente di dover dichiarare: *"lo posso adunque con ragione chiamarmi del tutto soddisfatto della relazione Loriga e tanto più lo posso perché queste norme ch'egli oggi suggerisce per gli scalpellini, io aveva, in massima invocata nel 1907 per una lavorazione sotto tutti i punti di vista assai più gravosa all'operaio, quale appunto quella di cui ho parlato, ossia per la ribaditura dei buloni nei cantieri navali e metallurgici."*

Da gentiluomo, Corsini non insiste apertamente, a futura memoria, sulla precocità e la completezza delle sue osservazioni. Sembra che abbia contezza dell'inutilità di una simile posizione: Loriga, medico ed igienista industriale di professione, allora ben inserito nelle vicende ministeriali, futuro Ispettore medico capo del lavoro, estende la sua indagine a livello nazionale, descrive con più precisione la "sindrome vasospastica" quale effetto "funzionale" del prolungato uso di strumenti vibranti sull'asse mano-braccio, prospetta degli accordi, anche di



Andrea Corsini.

tipo economico, tra lavoratori e datori di lavoro, firma poi altri articoli che lo renderanno noto a livello internazionale, prima della americana Alice Hamilton (1869-1970) che si occuperà a fondo dell'argomento, ed il suo cognome diventerà eponimo della sindrome occupazionale da agenti fisici, una associazione di sintomi e segni che tanto richiama quella che Maurice Raynaud (1834-1881) aveva descritto come malattia idiopatica nel 1862.

La lunga e proficua carriera professionale e scientifica di Andrea Ferdinando Corsini sarà scandita da eventi di grande rilevanza ma su percorsi diversi da quelli della medicina del lavoro. Dopo la laurea e l'immane "tour" di apprendistato a Vienna è prima assistente presso il "Laboratorio di Materia Medica e Farmacologia Sperimentale" diretto da Giovanni Bufalini e quindi (dal 1902 al 1906) presso l'Istituto di Igiene di Giorgio Roster (1843-1927). Per incarico di Pietro Grocco (1856-1916), come molti clinici dell'epoca molto interessato all'"idrologia medica", indaga e scrive sull'azione idropinica delle terme di Porretta, lavoro questo che gli apre la strada del laboratorio di batteriologia del comune di Firenze e da qui all'"Ufficio di Igiene" come vicedirettore e poi nel 1928 direttore, posto che occuperà ininterrottamente fino al 1953. Nel 1909 consegue la libera docenza in igiene ricevendone poi l'incarico di insegnamento alla Facoltà di Magistero. Ha lasciato ottanta pubblicazioni di igiene e batteriologia tra le quali si segnala un volumetto del 1908, "Cenni statistici sull'alcolismo in Italia con speciale riguardo alla Toscana".

Corsini è passato alla storia più che per la sua quasi cinquantennale pratica di igienista per l'impegno e la ricerca condotti precocemente e parallelamente alla sua professione nel campo della storia della scienza e della medicina. Aderisce dalla sua fondazione alla "Società Italiana di Storia Critica delle Scienze Mediche e Naturali" promossa da Guido Baccelli (1830-1916) nel 1907 e presieduta a lungo da Domenico Barduzzi (1847-1929) che sarà storico della medicina a Siena. Al primo congresso della Società, nel 1912, presenta la relazione "Sull'importanza e sui metodi di divulgare la conoscenza della storia delle scienze in genere e della medicina in specie", ma si era già fatto notare per la pubblicazione di un prezioso volumetto, "La Moria del 1464 in Toscana e l'istituzione dei primi lazzaretti in Firenze e Pisa", al quale seguono "Il costume del medico nelle pitture fiorentine del Rinascimento" e "Malattia e morte di Lorenzo de' Medici duca d'Urbino". Con tali pubblicazioni, nel 1913, Corsini consegue, presso l'Università di Siena, la libera docenza in storia della medicina. Dal 1922 è direttore della "Rivista di Storia Critica delle Scienze Mediche e Naturali", organo della Società di cui diventa presidente nel 1940.

A Firenze Corsini anima un gruppo per la tutela del patrimonio scientifico nazionale che dà vita, nel 1925, ad un "Istituto di Storia della Scienza" che organizzerà nel 1929 la prima

importante mostra nazionale di strumenti scientifici. L'istituto, ben supportato da Piero Ginori Conti (1865-1939), avrà sede dal 1930 nella prestigiosa sede di Palazzo Castellani e diviene "Istituto Museo di Storia della Scienza" (oggi "Museo Galileo") che grazie a Corsini che lo dirigerà sino alla morte non fa che crescere diventando una delle istituzioni più autorevoli nel campo della museologia scientifica; così fortunatamente succederà con i suoi successori, la diligente allieva Maria Luisa Righini Bonelli (1917-1981) e, dal 1982, Paolo Galluzzi.

Corsini continuerà a far ricerca ed a pubblicare buoni titoli: "Medici Ciarlatani e Ciarlatani Medici", "Antonio Cocchi: un Erudito del Settecento", "Le Scienze Biologiche nel Rinascimento", il "Catalogo degli Strumenti del Museo di Storia della Scienza" e, per ultimo, "I Bonaparte a Firenze". Tra i suoi meriti vanno ascritti anche il sorgere, nel 1942, della Domus Galileiana a Pisa e, nel 1959, il varo della rivista *Physis*.

Il "Museo Galileo" possiede il "Fondo Corsini", i libri e le carte del suo fondatore, oggi ben ordinato e catalogato, che comprende oltre 2.500 lettere e cartoline ricevute da Corsini dalla fine dell'Ottocento al 1957. Vi figurano missive di storici della scienza, di personalità della cultura italiana, ma anche di medici del lavoro come Luigi Devoto (1864-1936), Gaetano Pieraccini (1864-1957), Luigi Carozzi (1875-1963) e Guido Y. Glioli (1875-1939); quelle indirizzate a Corsini da questi ultimi sono quasi esclusivamente di carattere personale, privi comunque di significati storici e scientifici per la medicina del lavoro. **TM**

Info: fmcarnevale@gmail.com



Lavoratore che manovra uno strumento vibrante. Fotografia di Andrea Corsini, 1907.



**Anche con più di 125 anni di esperienza, restiamo molto curiosi.
Per il benessere delle generazioni future.**

Boehringer Ingelheim è sempre rimasta fedele
al suo carattere di azienda indipendente
e di proprietà familiare, che oggi opera con 142 affiliate.

Siamo un'azienda guidata dalla ricerca e il nostro
successo è determinato dalla costante introduzione
di farmaci innovativi.

Con più di 47.400 collaboratori nel mondo
e un'esperienza di oltre 125 anni, ci dedichiamo al
miglioramento delle prospettive di una vita più sana.

www.boehringer-ingelheim.it



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



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

MARIA RENZA GUELF, MARCO MASONI

Le licenze Creative Commons

A un primo impatto, al lettore potrebbe sembrare poco pertinente un articolo che tratta di diritti di proprietà intellettuale su una rivista di Medicina e Sanità Pubblica. In realtà è assai probabile che molti di voi, durante attività di aggiornamento professionale, abbiano consultato e (ri)utilizzato risorse distribuite secondo licenze di tipo Creative Commons, senza averne colto la peculiarità. Per questo motivo crediamo utile un contributo che affronti questa tematica.

La legislazione vigente relativa ai diritti di proprietà intellettuale riconosce a un autore di un prodotto dell'ingegno la facoltà originaria ed esclusiva di diffusione e sfruttamento.

Il costo quasi nullo della riproducibilità di un'opera in formato digitale e la possibilità di condividerla rapidamente in rete, unitamente a una filosofia di apertura e di libertà che ha da sempre accompagnato lo sviluppo di Internet, sono elementi che hanno evidenziato la necessità di un ripensamento della normativa relativa al diritto d'autore.

Da queste considerazioni emerge la necessità di una modalità più flessibile di cessione dei diritti d'uso delle opere, principalmente di quelle digitali, che abbia effetti immediati sia per gli autori che per i potenziali fruitori e che favorisca la loro circolazione e diffusione per rendere più snella la contrattazione relativa ai possibili usi.

Una licenza è un documento che definisce permessi e restrizioni relativamente a un'opera dell'ingegno, che sia o meno di tipo multimediale. In particolare una licenza aperta garantisce il permesso di accedere, riutilizzare e ridistribuire un'opera dell'ingegno con poche o alcuna restrizione. Inoltre tale opera può essere rielaborata e migliorata a partire dall'originale per essere ulteriormente condivisa. La licenza aperta attualmente più diffusa, e che andremo a descrivere in maggiore dettaglio, è quella tipo Creative Commons

(CC) (URL: <http://creativecommons.org/>), che affronta in modo differente rispetto al passato le problematiche relative al diritto d'autore.

La licenza tipo CC non comporta l'assenza di copyright, ma rappresenta una situazione intermedia tra il full copyright (*all rights reserved*) e il pubblico dominio (*no rights reserved*) e consente di mantenere il copyright pur consentendo determinati usi del materiale ("*some rights reserved*" *copyright*). Quattro sono sostanzialmente le opzioni di applicazione della Creative Commons License, ciascuna delle quali è rappresentata da un simbolo grafico (Tabella 1):

Dai 4 attributi si ottengono 16 combinazioni, ma solo 6 sono le licenze effettivamente utilizzate (Tabella 2).

Qualora una licenza non sia esplicitamente definita all'interno di un'opera, si assume che l'autore abbia un controllo di tipo monopolistico sul risultato della creatività personale. Se si intende quindi rendere liberamente disponibile nel pubblico dominio un prodotto dell'intelletto è necessaria l'inclusione di una dichiarazione esplicita dell'autore che cede i diritti di sfruttamento e non reclama alcun controllo sulla distribuzione e l'uso.

Applicare una licenza CC a un'opera è molto semplice: occorre prima ottenere da tutti i detentori del diritto di proprietà il permesso di libera circolazione dell'opera, successivamente optare per la licenza CC che meglio si adatta alle proprie necessità e infine associare al prodotto dell'intelletto la licenza scelta, sotto forma di un collegamento (link) o di una dichiarazione che ne specifica gli usi possibili.

Attualmente alla versione 4.0, le licenze tipo CC consentono un buon compromesso tra i diritti di chi ha prodotto la risorsa e quelli di chi intende utilizzarla, dal momento che sono un sistema per la tutela del copyright flessibile, che facilita l'uso di oggetti di proprietà intellettuale nel rispetto delle leggi e favorisce la condivisione del sapere scientifico.

Tabella 1

	richiesta di attribuzione
	specifica di un uso non commerciale
	non opere derivate, cioè non alterazione del materiale
	ridistribuzione del materiale, copiato e/o modificato, nello stesso modo

Tabella 2

	Attribuzione (sempre presente)
	Attribuzione - Non opere derivate
	Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate
	Attribuzione - Non commerciale
	Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo
	Attribuzione - Condividi allo stesso modo

Le licenze CC costituiscono l'infrastruttura tecnica e legale che consente lo sviluppo e la diffusione di una filosofia di apertura da sempre connessa allo sviluppo di Internet e che rappresenta l'humus ideale per movimenti che coinvolgono numerosi attori ad ogni livello (produttori, contributori, utenti, decisori) e che sostengono l'accesso libero non solo ai risultati della ricerca scientifica (*Open Access*) o alla conoscenza in generale (*Open Knowledge*), ma anche la riutilizzazione riadattabilità e interoperabilità delle risorse educative disponibili in rete (*Open Educational Resources*), o ancora la nascita di una società aperta in cui sono fondamentali valori di umanità equità e di libertà di espressione (*Open Society*).

La Medicina e la Sanità, non possono non essere influenzate da queste istanze, anzi esse partecipano grandemente al loro sviluppo e ad un costruttivo dibattito che non rimane confinato a un ambito specialistico ma che si apre verso l'esterno.

Per quanto riguarda lo specifico ambito della Medicina in questo contributo preme sottolineare l'importanza delle licenze CC in due aspetti:

1. nella diffusione rapida e universale dei risultati della ricerca e quindi nel facilitare l'aggiornamento continuo del professionista sanitario;
2. nelle attività di formazione, per la possibilità di condivisione del materiale didattico arricchito delle potenzialità della multimedialità che

consente di integrare testo e immagini con audio e video.

L'aggiornamento del medico di base e dello specialista sono stati facilitati enormemente dallo sviluppo del movimento *Open Access* (OA): nella dichiarazione di Berlino, momento fondamentale nell'evoluzione di questa corrente di pensiero, si stabilisce che affinché un articolo sia pubblicato in modalità *Open Access*, colui che detiene il copyright (l'Autore) deve acconsentire anticipatamente che gli utenti possano "copiare, usare, distribuire, trasmettere e mostrare il lavoro in pubblico. Agli utenti è consentito produrre e distribuire lavori derivati, con qualsiasi mezzo digitale e per qualsiasi proposta, posto che venga attribuita appropriatamente la paternità dell'opera ...".

Qualunque professionista che abbia recuperato da un database *Open Access* (per esempio BioMed Central - URL: <http://www.biomedcentral.com/>) un articolo con testo completo dovrebbe avere notato al suo interno la licenza CC (Figura 1).

Ricordiamo che sono oltre 250 le riviste liberamente accessibili nel database BioMed Central e che tutte le ricerche finanziate dal NIH americano vengono oggi rese disponibili in modalità *Open Access* nel database PubMed Central. **TM**

Info: r.guelfi@med.unifi.it

3]. For unknown reasons, the annual incidence of diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) has doubled since the 1980s. Mature B cell neoplasms account for over 90% of all B cell lymphomas worldwide. Despite recent advances in the treatment of B cell lymphomas, the prognosis for patients with DLBCL remains poor. Further research into the pathogenesis and treatment of B cell lymphomas is imperative for further translational efforts. In keeping with these goals, recent studies from our laboratory and others have identified TRAF3, a TNF receptor family member, as a novel survival determinant of B cell survival [4,5], as a novel suppressor in a variety of human B cell lineage neoplasms. Homozygous deletions and inactivating mutations of the *Traf3* gene have been identified in NHL, including splenic marginal zone lymphoma (SMZL), B cell CLL/CLL, and mantle cell lymphoma (MCL).

Contact: xiep@rc.rutgers.edu
Department of Cell Biology and Neuroscience, Rutgers University, 604 Nelson Labs Room B336, Piscataway, NJ 08854, USA
Rutgers Cancer Institute of New Jersey, New Brunswick, USA
For more information is available at the end of the article

Med Central

© 2013 Edwards et al.; licensee BioMed Central Ltd. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Figura 1 - La licenza CC in un articolo *Open Access* recuperato dal database BioMed Central

MANFREDO FANFANI

FIRENZE
CAPITALE
1865-2015

1865 - 1871 FIRENZE CAPITALE

**Firenze ha svolto un ruolo fondamentale sia nel processo di unità
che in quello della unificazione nazionale.**

Quel processo che aveva preso avvio il 27 aprile 1859,
con l'allontanamento del Granduca Leopoldo II e la manifesta volontà di unione
al Regno di Sardegna (consacrata dal plebiscito dell'11-12 marzo 1860),
determinante per il successo del progetto unitario, e l'opera di unificazione del paese,
la cosiddetta spiemontesizzazione, portata avanti con successo
nei sei anni di permanenza della capitale sulle rive dell'Arno.

Una convergenza di politici, giornalisti, intellettuali, burocrati
provenienti dalle varie regioni italiane che trovarono in Firenze
le condizioni ideali per avviare il superamento degli egoismi e interessi municipali,
gettando le basi per una coscienza e un'identità nazionali
di cui la lingua e la statua stessa di Dante Alighieri in piazza Santa Croce
rappresentano il più alto sigillo.



Bettino Ricasoli



150°



Ubaldino Peruzzi



Eugenio Fiumi

Ubaldino Peruzzi



A Parigi il governo italiano conclude il negoziato con Napoleone III per gli accordi che passeranno alla storia sotto il nome di «Convenzione di settembre»: ritiro delle truppe francesi da Roma in cambio dell'impegno dello Stato italiano a non varcare, anzi a proteggere i confini dello Stato della Chiesa.

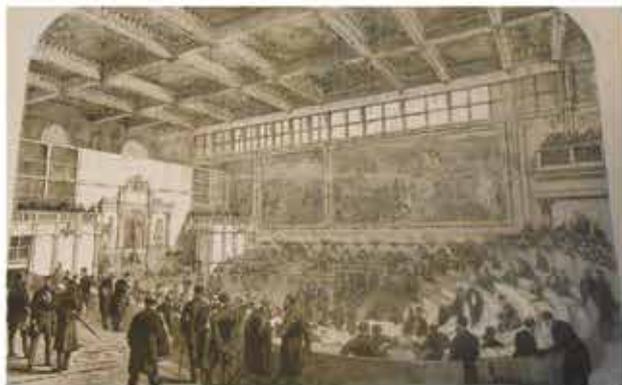
Un accordo che a molti, specie ai democratici, suonò come la nostra rinuncia a Roma capitale, o almeno all'uso della forza per occupare la città.

Napoleone era diffidente e chiese un pegno, un gesto che confermasse la buona fede del governo italiano. Fece così sua l'idea balenata a uno dei negoziatori, il romagnolo Gioacchino Napoleone Pepoli, che ipotizzò lo spostamento della capitale da Torino verso una città meno decentrata.



Firenze rassicura Torino che perde la capitale. Il Lampione, 24 settembre 1864

neppure desiderio dei fiorentini, la città di Dante si trovò per motivi diplomatici e strategici ad essere proclamata capitale del Regno. Capitale provvisoria, anche se nessuno poteva presagire per quanto. Ma proprio perché provvisoria, Bettino Ricasoli accolse la notizia nella solitudine di Brolio paragonando il trasferimento a una «tazza di veleno» che Firenze era costretta a mandare giù, prevedendo i tanti disagi e i pochi vantaggi.



La Camera dei Deputati nel Salone dei Cinquecento in una stampa francese del tempo.

Eppure, al diffondersi della notizia, Torino insorgeva, con morti e feriti negli scontri di piazza Castello del 22 settembre, disposta a cedere lo scettro della capitale, ma solo a Roma; mentre nelle altre città della penisola, Napoli compresa, avveniva un fenomeno diametralmente opposto, con la gente in piazza per manifestare a favore della fine della «piemontesizzazione».

Il Re, profondamente irritato, licenzia sui due piedi il ministero emiliano-toscano Minghetti-Peruzzi (il futuro sindaco di Firenze, estraneo ad ogni responsabilità nei fatti, era ministro dell'Interno) per conferire i poteri di governo a piemontesi «puri» come il generale Alfonso La Marmora.

Sei anni, poco più. Dal 1865 all'estate del 1871. Ma in quei sei anni Firenze svolse perfettamente il suo compito di portare decisamente avanti il processo di fusione e di trasformazione «unitaria» delle varie regioni italiane: senza intemperanze e senza violenze. Si mescoleranno i dialetti, si concilieranno certe abitudini, si stempererà quel risentimento antipiemontese diffuso un po' ovunque. Un clima nuovo di tolleranza e di rispetto reciproco abbandonerà i cenacoli dei letterati e le accademie, entrerà nelle aule parlamentari e nei giornali, si diffonderà fra la gente.



14 maggio 1865. Re Vittorio Emanuele II inaugura in Piazza Santa Croce il monumento a Dante Alighieri, opera di Enrico Pazzi.

Perfino il contatto fra il «potere» e i cittadini sarà più intimo e più raccolto. Palazzo Pitti accoglie la Reggia, Palazzo Vecchio nel Salone dei Cinquecento, la Camera dei Deputati (oltre al Ministero degli Esteri), gli Uffizi (teatro Mediceo) il Senato, Palazzo Medici Riccardi diviene sede degli Interni e della presidenza del Consiglio; il palazzetto mediceo della Livia ospita le Finanze; il convento di Santa Maria Novella i Lavori Pubblici; il convento di San Firenze l'Istruzione; il palazzo da Cepparello la Grazia e Giustizia; il palazzo Galli-Tassi l'Agricoltura. L'antica Gendarmeria di piazza San Marco la Guerra; l'ex convento dei padri delle Missioni, in piazza Frescobaldi, il ministero della Marina...

Il volto della città si trasforma. Si ingrandirà il centro; si abbattano ampi tratti delle antiche mura; la città avanza verso la periferia; l'edilizia e l'urbanistica sconvolgeranno antiche memorie.

Il viale dei Colli e il piazzale Michelangiolo avrebbero esaltato l'opera di Giuseppe Poggi.

Certo i disagi per i fiorentini non mancano, e non sono provocati solo dai tanti cantieri impegnati a realizzare il vasto piano del Poggi. Aumentano, e in modo considerevole, le tasse. Salgono i prezzi, anche dei generi di prima necessità; rincarano, e con ritmo progressivo, gli affitti. Nella città che ha già i suoi problemi con i centodiecimila abitanti e antiche strutture edilizie, piombano nel giro di poche settimane diecimila funzionari piemontesi con le famiglie; i «buzzurri», come li definiva ironicamente Adolfo Matarelli nelle vignette satiriche pubblicate nel suo *Lampione*.

E dal mezzogiorno arrivavano numerosi burocrati, già in parte assorbiti nella nuova amministrazione unitaria del Regno.

Coi burocrati, coi giornalisti e coi politici, cornice naturale della capitale, arrivano dal nord i negozianti, che trasformano le anguste botteghe in negozi di lusso. Strumenti musicali, porcellane, cappelli. Madame Sarazin vende guanti e fazzoletti, Bellou abiti

per signore. Il Bottegone allunga sempre più l'orario di apertura, fino a notte inoltrata; Giacosa, l'Elvetia, e l'Elvetichino sono centri vivaci di ritrovo per gli artisti; gli aristocratici e l'alta borghesia frequentano Doney. Vive la sua ultima stagione il Caffè Michelangiolo – chiuderà nel 1867 – caro ai pittori della scuola Macchiaiola. Erano aperti e funzionanti undici teatri, e altri quattro se ne aggiungono in quegli anni, tutti frequentati. Fra gli altri il Politeama Vittorio Emanuele, l'Arena Nazionale, il Teatro delle Logge, il teatro Principe Umberto in piazza D'Azeglio. Si rappresentava un po' di tutto, dalle tragedie alle commedie, dalle farse alle cosiddette «acrobazie». Ogni teatro aveva il suo pubblico. La migliore società, compreso il corpo diplomatico e gli alti funzionari dei ministeri, assistevano agli spettacoli della Pergola, mentre la Querconia, in via dei Cimatori, era frequentata dal popolo minuto, il più partecipe e rumoroso.



L'arrivo a Firenze di Umberto e Margherita, all'indomani delle nozze (1868). Si forma, in modo stabile, il corpo dei Corazzieri.

Un testimone di allora afferma che le persone anziane vi andavano con lo scaldino e le massaie con il tegame con lo stracotto. Dal pubblico al privato.

Firenze capitale è la città dei salotti, nei quali la sera si fa politica e cultura (o l'una e l'altra insieme) più che nei corridoi e nelle anticamere di Palazzo Vecchio.

La domenica letterati e musicisti si ritrovano nel raffinato salotto del polacco Carlo Poniatowski, e poi in quello della figlia Isabella de Piccollelli, in via dei Pucci.

Il lunedì, nel palazzo Corsini al Prato si riuniva la nobiltà fiorentina e piemontese, specie nel periodo di Carnevale, per le rinomate feste danzanti. Fu lì che la bellissima e disinibita madame Rattazzi si presentò nel gennaio 1866 vestita da baccante (in pratica quasi nuda) sollevando gli echi più clamorosi sui giornali, nei carteggi e nei commenti.

Assai più serio, nelle riunioni che si svolgevano sempre il lunedì (quasi una scelta fra la mondanità e la cultura) il «salotto rosso» – per il colore della tappezzeria – di donna Emilia Peruzzi, in Borgo de' Greci, ma che d'estate riceveva nella villa dell'Antella. Bonghi e Spaventa, Villari e De Amicis, Giorgini e Fucini furono solo alcuni degli assidui frequentatori.

Ancora, i salotti di Carlo Placci, caro a Fogazzaro; di Cesare Alfieri, aperto agli studiosi di economia e di scienze sociali; della stessa Madame Rattazzi, al primo piano di palazzo Guadagni, che assomigliava assai più a un salone per le feste dotato perfino di un teatro, dove il giovedì sera la padrona di casa si esibiva nei «quadri viventi» assai applauditi: giochi di luci, eleganza degli abiti, scollature vertiginose erano la base del suo incontrastato successo...

Città capitale d'Italia, Firenze, e insieme centro di costante e viva attrazione per gli stranieri, per gli «inglesi», come i fiorentini

chiamavano ogni straniero che giungeva in città. «Sono arrivati degli Inglesi – si racconta dicesse un facchino d'albergo al padrone – ma non ho capito se son russi o tedeschi». Il cosiddetto «cimitero degli inglesi», del resto, che domina ancor oggi al centro di piazza Donatello è semplicemente un cimitero accattolico. Fra gli stranieri a Firenze, Fedor Dostoevskij, che nel 1868 vive in una modesta casetta d'Oltrarno, fuggito dalla Russia per sottrarsi ai creditori, logorato dalla miseria, consumato nel vizio del gioco e straziato dalle crisi di epilessia. Scrive allora *L'idiota*, ma nessuno della Firenze bene si accorge di lui e del suo capolavoro. Ancora, Jules Michelet, che trascorre a Firenze gli anni terribili della disfatta della Francia napoleonica e scrive sulle rive dell'Arno *La France devant l'Europe*, nel 1871: proprio quella disfatta che apre all'Italia nel 1870 la via di Roma.

Intorno al Palazzo fiorisce negli anni della capitale il giornalismo politico. Si potenzia *La Nazione*, il quotidiano liberal moderato voluto da Bettino Ricasoli nel 1859 simbolo dell'unità nazionale. Si trasferiscono dalle grandi città del Nord importanti testate quali *L'Opinione* di Giacomo Dina e *Il Diritto* di Depretis e Correnti, *L'Italia* e *L'Armonia*, il foglio portavoce della protesta clericale.

Si diffonde la stampa satirica, come *Il Lampione*, con le caricature di Adolfo Matarelli, il popolare «Mata».

Nasce, soprattutto, nel 1866, la *Nuova Antologia*, la prestigiosa rivista di Francesco Protonotari erede della *Antologia* di Capponi e di Vieusseux che affronterà, in chiave laica (contrapponendosi alla *Civiltà cattolica*) i grandi temi e i problemi dello Stato nazionale. La rivista segue di sette anni la nascita della Università fiorentina, altro organismo di impronta ricasoliana, che la capitale consoliderà.

Deludente, nei fiorentini, la passione per la vita politica. Fortissimo l'astensionismo nelle elezioni politiche del 22 ottobre 1865, le prime successive al trasferimento della capitale.

Nei quattro collegi cittadini i candidati dei «consorti» liberal moderati faticano a prevalere sui democratici o sui clericali o sui nostalgici del Granduca. Perfino Bettino Ricasoli e Ubaldino Peruzzi sono costretti al ballottaggio per tornare a Palazzo Vecchio.

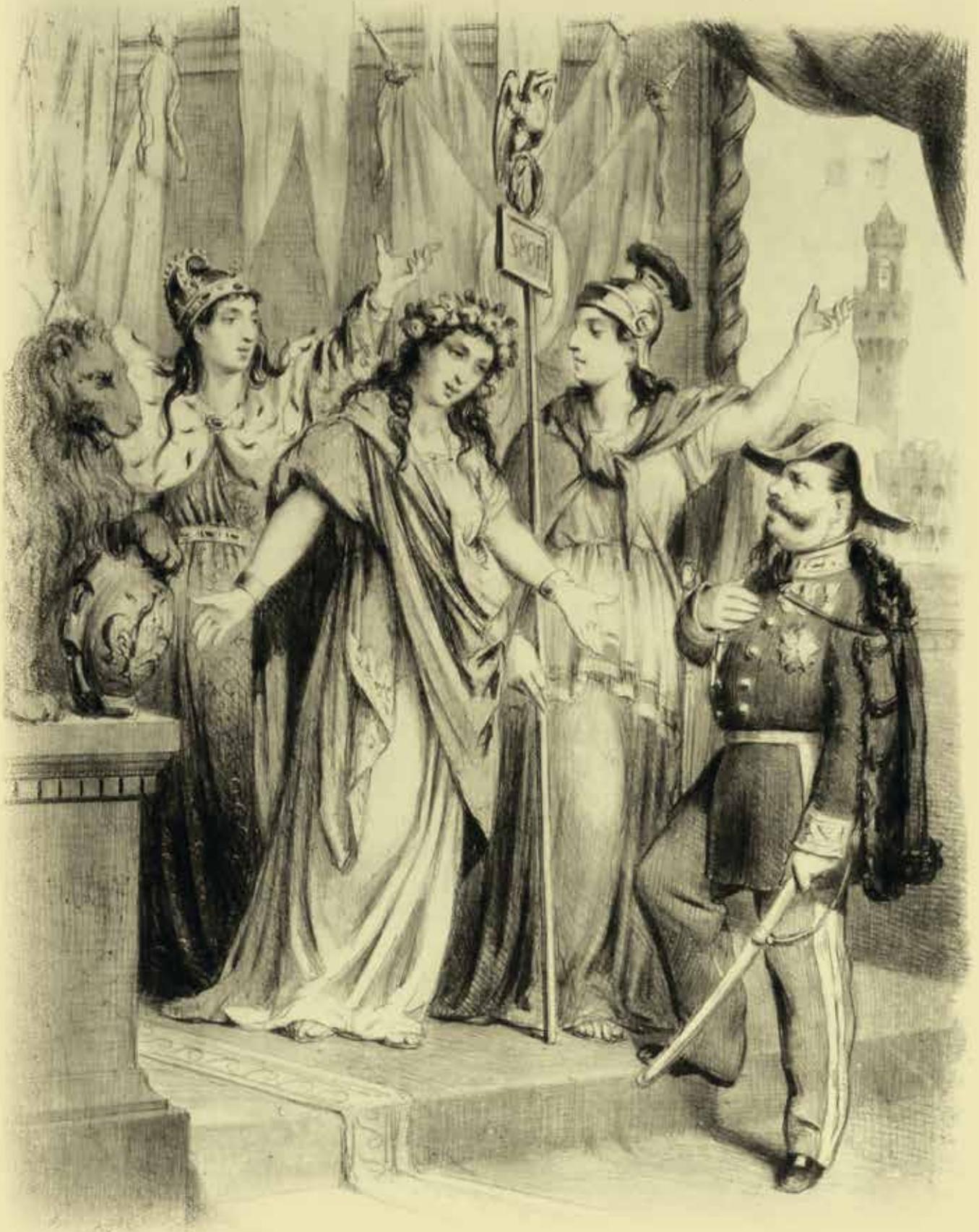


1871. Il lungo corteo di politici e burocrati lascia Firenze per «trasportare» la Capitale a Roma. Palazzo Vecchio, imbandierato, è in festa.

Già nel gennaio del '65 il prefetto di Firenze Gerolamo Cantelli aveva segnalato in un rapporto al ministro dell'Interno Lanza «la poca energia, o meglio la forza d'inerzia che distingue il popolo toscano ed in specie il fiorentino».

E una nota di un anonimo informatore, di sei mesi successiva ribadisce: «Curiosità per gli spettacoli ed indifferenza politica, ecco i due sentimenti che dominano la gran maggioranza della popolazione fiorentina». Gli effetti della «tazza di veleno» cominciano già a farsi sentire.

FIRENZE CAPITALE D'ITALIA!



Allegoria di Adolfo Matarelli sul Lampione del 24 Novembre 1864:
anche Roma e Venezia, che attendono di unirsi all'Italia,
plaudono a Re Vittorio Emanuele II per il trasferimento della capitale a Firenze.



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

GAVINO MACIOCCO

Chronic Care Model in salsa tedesca

Il sistema sanitario tedesco è abbondante su tutto: i dati sulle attività ospedaliere – posti letto per mille abitanti, tasso di ospedalizzazione, durata della degenza – sono di gran lunga superiori alla media dei paesi europei, e anche quelli delle attività ambulatoriali: in un anno un paziente tedesco ha 9.7 contatti con un medico (un francese 6.8, un olandese 6.6, un inglese 5.0, uno spagnolo e uno svedese 3.1). Un sistema anche molto generoso dato che offre – a differenza di molti altri paesi europei – un'ampia copertura assistenziale sanitaria e sociale nei riguardi delle persone affette da gravi disabilità.

Eppure, come nota un rapporto dell'OCSE, se andiamo a misurare la qualità dei servizi, confrontandola con quella di altri sistemi, la Germania si trova sistematicamente nelle parti medie della classifica e qualche volta più in basso. Un esempio è quello della mortalità evitabile, dove Italia e Svezia (per citare due sistemi Beveridge) hanno dati nettamente migliori della Germania (e anche della Francia, altro sistema Bismarck) – vedi Tabella 1 (anni potenziali di vita persi prima dei 70 anni x 100 mila abitanti) (Tabella 1).

Questa distanza tra abbondanza di risorse impiegate/prestazioni erogate (input/output) e relativa scarsità di risultati di salute (outcome) trova una sua spiegazione in diversi fattori: la frammentazione del sistema in una molteplicità di assicuratori e di erogatori, tipica dei sistemi Bismarck, basati sulle casse mutue; la frammentazione anche geografica (in 16 lander) associata alla debolezza del livello di governo centrale in campo sanitario; l'eccesso di specialisti rispetto ai generalisti; la possibilità dei pazienti di rivolgersi indifferentemente a un generalista o a uno specialista (il più spesso a quest'ultimo); la mancanza di un riferimento nei percorsi assistenziali, ovvero di un medico di fiducia che svolga il ruolo di indirizzo e di filtro (tipico dei sistemi Beveridge); la limitatezza infine degli interventi

di prevenzione.

La consapevolezza di questi limiti portò il governo tedesco, nel 2002, a introdurre degli importanti correttivi, sia pur in modo incrementale e volontario. Il primo di questi fu l'individuazione di una figura di un medico di fiducia (in diverse varianti: medico di famiglia con specializzazione, generalista senza specializzazione, internista delle cure primarie; pediatra e ginecologo all'interno delle cure primarie) con il compito di svolgere un ruolo di filtro e di coordinamento dei processi assistenziali (per l'accesso alle cure specialistiche e per i ricoveri ospedalieri). La seconda importante novità, collegata come vedremo alla precedente, fu l'introduzione di forme innovative di gestione delle malattie croniche (*Disease Management Programs* - DMP) basate sui principi e i metodi del *Chronic Care Model*.

L'iniziativa partì dal governo centrale e – non essendo obbligatoria – si basò su incentivi a cascata: un fondo nazionale avrebbe finanziato le assicurazioni sociali per ogni caso arruolato tra i loro iscritti in uno dei programmi previsti; le assicurazioni sociali avrebbero erogato un bonus ai medici che arruolavano i pazienti e questi sarebbero stati invogliati a iscriversi non solo in vista del miglioramento della qualità dell'assistenza, ma anche per l'esenzione del pagamento dei ticket per le visite mediche e gli accertamenti diagnostici.

La realizzazione del programma è stata incrementale: nel 2003 sono stati introdotti diabete tipo 1 e 2 e cancro della mammella, nel 2004 la cardiopatia ischemica, nel 2006 asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). L'adesione ai programmi DMP è stata diffusa in tutto il paese, vasta e crescente. Nel 2010 erano oltre 7 milioni i pazienti arruolati, di cui 3.7 milioni diabetici di tipo 2 e 1.7 milioni di pazienti affetti da cardiopatia ischemica (Tabella 2).

Tabella 1 - Indicatori di spesa sanitaria e di salute – Germania e altri paesi OCSE - 2012.

	Spesa sanitaria come % del PIL	Speranza di vita alla nascita. Popolazione generale	Anni potenziali di vita persi. Maschi	Anni potenziali di vita persi. Femmine
USA	16,9	78.7	5814	3447
GERMANIA	11,3	81.0	3766	2108
FRANCIA	11,6	82.1	4509	2195
REGNO UNITO	9,3	81.0	3992	2537
SPAGNA	9,4	82.5	3389	1728
SVEZIA	9,6	81.8	2963	1863
ITALIA	9,2	82.3	3257	1807

Tabella 2 - Germania. Partecipanti ai vari programmi di gestione delle malattie croniche. 2006-2012

	2006	2012
Diabete tipo 1	29.000	156.000
Diabete tipo 2	1.948.000	3.749.000
Cancro della mammella	67.000	126.000
Cardiopatia ischemica	635.000	1.700.000
Asma	6.000	799.000
BPCO	8.000	633.000
Totale	2.693.000	7.163.000

Fonte: Bundesversicherungsamt, 2013

I risultati

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia del programma, sia dal punto di vista dei risultati di salute che in quelli economici. I dati più robusti provengono dal diabete, forte di 5 anni di intervento. Gli studi mettono a confronto i pazienti reclutati nei programmi di Disease Management e coloro che non lo sono. La mortalità tra i primi si è dimezzata rispetto ai secondi, come si sono notevolmente ridotte le complicanze: infarto miocardico, ictus, insufficienza renale, amputazioni. I costi annuali per paziente si sono ridotti del 10% e il tasso di ospedalizzazione del 25%.

Conclusioni

L'introduzione del Chronic Care Model (CCM) non ha prodotto solo effetti positivi sulla salute della popolazione tedesca e sul budget delle assicurazioni sociali, ha anche rafforzato il sistema delle cure primarie, molto debole in Germania. I vari componenti del CCM sono stati applicati in

maniera rigorosa: dalla creazione di registri di patologia alla proattività degli interventi, dal supporto all'autocura all'adesione a linee guida definite a livello centrale. Tutto ciò ha richiesto lo sviluppo di *équipes* di cure primarie coordinate da un medico di famiglia che ha la responsabilità della presa in carico del paziente e della continua verifica della qualità degli interventi.

TM

Bigliografia

1. Stock S. et Al. German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. *Health Affairs* 2010; 29(12): 2197-2205
2. Stock S. et Al. Disease-Management Programs Can Improve Quality of Care for the Chronically Ill, Even in a Weak Primary Care System: A Case Study from Germany, *Issues in International Health Policy*, The Commonwealth Fund, November 2011.

Info: gavino.maciocco@alice.it

LETTERE AL DIRETTORE

ALESSANDRO PAPINI

Cannabis e dintorni

Lo "spinello" è ormai entrato a far parte della civiltà odierna, a mio avviso anche perché le informazioni su di esso sono state sempre assolutamente carenti. Una legge ha obbligato la pubblicità negativa sui pacchetti di sigaretta, mantenendo contemporaneamente il lucro da parte dello Stato. Difficile, secondo me, dare credibilità ad una situazione così contraddittoria. Per la marijuana è stato peggio. Compton W.M. ed Altri (Relazione annuale 2004: Evoluzione del fenomeno droga nell'Unione Europea e in Norvegia) denunciavano un aumento dell'utilizzo della marijuana oltre alle altre droghe nel decennio 1991-2001. Sharpe R.M. su *Lancet* nel 1993 e successivamente Skakkebaek N.E. nel 2001 denunciavano un aumento di incidenza delle patologie testicolari che definivano "sindrome della disgenesia testicolare". John Charles ed Altri il 10 settembre del 2012 pubblicavano on line un articolo nel quale affermavano: "Population-based case-

control study of recreational drugs use and testis cancer risk confirms an association between marijuana use and nonseminoma cancer risk... Stratification on tumor histology revealed a specific association of marijuana with non seminoma and mixed histology tumors (O.R. 2,42)". Non credo sia dimostrabile scientificamente un nesso tra le due notizie, però una riflessione dovrebbe essere obbligatoria.

Il giornale inglese "The Independent" pubblica nel 2007 quanto segue:

«*Cannabis: An apology*

In 1997, this newspaper launched a campaign to decriminalise the drug. If only we had known then what we can reveal today...

By Jonathan Owen - Published: 18 March 2007
Record numbers of teenagers are requiring drug treatment as a result of smoking skunk, the highly potent cannabis strain that is 25 times stronger than resin sold a decade ago.

Alessandro Papini,
 Specialista in Urologia.
 Specialista in Andrologia.
 Libero professionista c/o
 SA.PR.A. Arezzo. Già
 Responsabile del Servizio
 di Andrologia Asl 8,
 Arezzo.

More than 22,000 people were treated last year for cannabis addiction - and almost half of those affected were under 18. With doctors and drugs experts warning that skunk can be as damaging as cocaine and heroin, leading to mental health problems and psychosis for thousands of teenagers, *The Independent* on Sunday has today reversed its landmark campaign for cannabis use to be decriminalised. A decade after this newspaper's stance culminated in a 16,000-strong pro-cannabis march to London's Hyde Park - and was credited with forcing the Government to downgrade the legal status of cannabis to class C - an *IoS* editorial states that there is growing proof that skunk causes mental illness and psychosis.

The decision comes as statistics from the NHS National Treatment Agency show that the number of young people in treatment almost doubled from about 5,000 in 2005 to 9,600 in 2006, and that 13,000 adults also needed treatment.

The skunk smoked by the majority of young Britons bears no relation to traditional cannabis resin - with a 25-fold increase in the amount of the main psychoactive ingredient, tetrahydrocannabinol (THC), typically found in the early 1990s. New research being published in this week's *Lancet* will show how cannabis is more dangerous than LSD and ecstasy. Experts analysed 20 substances for addictiveness, social harm and physical damage. The results will increase the pressure on the Government to have a full debate on drugs, and a new independent UK drug policy commission being launched next month will call for a rethink of the issue. The findings last night reignited the debate about cannabis use, with a growing number of specialists saying that the drug bears no relation to the substance most law-makers would recognise. Professor Colin Blakemore, chief of the Medical Research Council, who backed our original campaign for cannabis to be decriminalised, has also changed his mind.

He said: "The link between cannabis and psychosis is quite clear now; it wasn't 10 years ago".

Many medical specialists agree that the debate

has changed. Robin Murray, professor of psychiatry at London's Institute of Psychiatry, estimates that at least **25,000 of the 250,000 schizophrenics in the UK could have avoided the illness if they had not used cannabis**. "The number of people taking cannabis may not be rising, but what people are taking is much more powerful, so there is a question of whether a few years on we may see more people getting ill as a consequence of that." "Society has seriously underestimated how dangerous cannabis really is," said Professor Neil McKeganey, from Glasgow University's Centre for Drug Misuse Research. "We could well see over the next 10 years increasing numbers of young people in serious difficulties." Politicians have also hardened their stance. David Cameron, the Conservative leader, has changed his mind over the classification of cannabis, after backing successful calls to downgrade the drug from B to C in 2002. He abandoned that position last year, before the *IoS* revealed that he had smoked cannabis as a teenager, and now wants the drug's original classification to be restored.

Independent Online Edition > Health Medical
http://news.independent.co.uk/uk/health_medical/article2368994.ece 2 of 2 19/03/07 21.56 © 2007 Independent News and Media Limited».

In fine in molti stati europei c'è stata una campagna pubblica con tanto di manifesti pubblicitari affissi nelle città, che richiamava al gran numero di incidenti stradali legati alla guida dei mezzi sotto l'effetto della cannabis.

Ci sono, poi, lavori scientifici che mostrano altre patologie dipendenti dall'uso della cannabis, a parte quelle appena accennate sopra. Tali lavori sono reperibili nelle riviste specializzate, ma chi fosse interessato può richiedermele.

In Italia?

Il problema non è legalizzare o meno la cannabis: quanti uomini e donne si sono ammalati o sono morti prima che si ammettesse che il fumo di sigarette era nocivo fino ad essere mortale? Sono convinto che gli errori del passato ci debbano insegnare. **TM**

Info: alessandro.papini@alice.it



Negli ultimi anni in tutta Europa (Spagna, Francia, Svizzera, Germania... eccetto che in Italia!) le autorità statali hanno dato vita a una serie di campagne di sensibilizzazione contro l'uso di Cannabis; ecco alcuni esempi delle iniziative intraprese.

MARIO GRAEV

La cultura oncologica

La felice dizione del tema indicato: "La cultura oncologica" dal Dott. Michele Di Grande, ideatore e già Presidente di Idealità Concrete, merita grande considerazione ed assume importanza in quanto dovrebbe equipararsi alla cultura generale, a quella religiosa, storica, civile e penale dell'uomo, per interessare il suo vivere, il suo miglior vivere e il non dover morire anzitempo.

La cultura oncologica non ha significato solo strettamente medico in quanto non interessa solo la genesi dei tumori che siano benigni o maligni, che interessino un organo rispetto ad un altro quanto la civiltà del comportamento sanitario dell'uomo. Gli aspetti scientifici sono di interesse preminente per gli addetti ai lavori: gli anatomo-patologi e gli istologi.

Deve occupare il primo posto perché rappresenta il supremo interesse della società moderna. Una conoscenza doverosa ai fini di allungare la vita, di migliorare la qualità della vita, mete queste che si raggiungono solo con la diagnosi precoce cui devono seguire le opportune cure farmacologiche o chirurgiche attuate nella loro tempestività.

La cultura oncologica deve impegnare tutta l'umanità e deve essere conosciuta da ogni cittadino del mondo. È un dovere di ogni uomo domandarsi come si manifestano i tumori e con quali sintomi da permettere ai medici l'uso di quei mezzi diagnostici idonei per predisporre ogni strumento utile per la loro sconfitta.

La conoscenza della importanza della cultura oncologica deve trovare riscontro nelle organizzazioni sociali di tutti gli stati civili e dovrebbero crearsi dei laboratori informativi.

È un obbligo civile e non solo sanitario predisporre una serie di iniziative che tendono alla diagnosi precoce di ogni tumore.

Per partire, basterebbe un medico oncologo o un infermiere particolarmente versato sul campo oncologico, da rappresentare la sentinella per indicare alla gente il primo insorgere di un sospetto tumore.

Un modo questo per soddisfare concretamente ed attivamente quanto detta la cultura oncologica.

I risultati sarebbero positivi in termini di guarigione rispetto all'arteriosclerosi altro flagello della umanità di cui non è facile prevenirne gli effetti disastrosi per interessare la patologia vascolare degli organi vitali.

Si impone che ogni stato deve organizzare pertanto i distretti oncologici.

Anche la stampa dovrebbe offrire uno spazio

costante alla diffusione della cultura oncologica.

La civiltà dell'umanità deve caricarsi di questo impegno globale.

Spetta ai medici di base di farsi carico di questo impegno informativo che non è solo sociale, ma professionale. Per qualsiasi motivo visiti un paziente deve informarsi sull'ambiente del lavoro ove esplica la sua opera, cogliere i sintomi preliminari dell'insorgenza di un eventuale tumore e riferirli ad un centro di oncologia che, in ogni territorio dovrebbe sussistere per rappresentare un osservatorio attento alle problematiche ambientali, abitudinarie, e sin anche ereditarie della insorgenza dei tumori. Devono inoltre essere potenziati centri di biologia molecolare per lo studio di eventuali espressioni tumorali dal punto di vista sierologico per sorprendere la esistenza del tumore prima che si manifesti con la sua "malignità".

Ed è ora che si attui uno scontro tra l'uomo e il cancro, una inimicizia senza frontiere, l'uomo non può abdicare e deve affilare gli strumenti per la diagnosi precoce, utile mezzo per sconfiggerlo.

Si impone pertanto in questo terzo millennio la conoscenza della cultura oncologica! Sussistono già centri anti-tumore non solo regionali, ma anche nazionali con le loro valide strutture, ma queste hanno solo carattere curativo e non informativo. Sono centri che curano, ma non offrono elementi conoscitivi per prevenire i tumori. I tumori sono sconfitti se colti alla loro partenza in quanto all'arrivo hanno già preso il predominio per sconfiggere l'uomo!

La conoscenza della cultura oncologica va al di là di tale centri e li deve superare per una finalità più globale. Ogni uomo che muore di cancro e delle sue complicazioni è una sconfitta della civiltà. Un uomo che muore è una stella che cade.

L'uomo è troppo importante per sé e per la storia dell'universo per cedere al cancro quando questo poteva essere sconfitto!

La indifferenza per la mancata cultura Oncologica rappresenta un nemico per l'uomo che piano piano si appalesa con sintomi che, se trascurati, portano alla sua fine.

Si impone un allarme senza tregua perché l'uomo dia la collaborazione alla scienza ed offra l'arma più idonea per la migliore qualità della vita e la continuità della vita che, rappresenta la più bella avventura vissuta dall'uomo di ogni tempo.



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

TM

Info: graev@graev.it



Marco La Grua, Specialista in Anestesia e Rianimazione. Master Universitario in Terapia del Dolore. Attualmente Libero Professionista, svolge la sua attività presso il Centro Oncologico Fiorentino - Villanova e collabora con Medicina del Dolore (Rimini) ed Advanced Algology Research.

MARCO LA GRUA

Il pendolo non sta mai fermo

Gentile Direttore, con molto interesse ho letto l'articolo della Collega Calviani et al. ("Abuso e dipendenza da Pain Killer secondo gli afferenti ad un sito specialistico" pubblicato sul numero di Agosto 2014 di Toscana Medica), che evidenzia una problematica destinata a diventare, a mio parere, di grande rilievo nel prossimo futuro.

Ho avuto modo personalmente di imbattermi in alcuni forum dove alcuni pazienti esponevano le loro storie personali e lo sviluppo di una dipendenza psicologica da farmaci analgesici prescritti per il trattamento di sindromi dolorose, per cui sono sensibile a quanto Calviani ha riportato nel suo articolo. Occupandomi oramai da più di 20 anni di diagnosi e cura del dolore, mi permetto a riguardo alcune riflessioni.

L'introduzione della legge 38/2010 (intitolata "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore") è stata un importante passo avanti per chi si occupa del trattamento del dolore persistente e cronico. Purtroppo, come ogni medaglia, anche tale legge ha due facce; se da un lato ha reso più semplice la prescrizione di farmaci oppioidi e ne ha evidenziato l'enorme importanza nel trattamento del dolore persistente e cronico con grandi vantaggi in termini di sicurezza nei confronti del danno d'organo rispetto all'utilizzo di FANS, dall'altro l'estensione dell'utilizzo delle molecole oppioidi non solo su pazienti oncologici ma anche nel trattamento del dolore persistente e la *banalizzazione* del loro utilizzo fa sì che si generi un potenziale pericolo di abuso di tali molecole oltre che la nascita di problematiche di tipo medico-legale.

Il problema è di rilevanza tale che su alcune riviste dedicate come Pain Medicine esiste in ogni numero una sezione appositamente dedicata al problema dell'abuso ed *addiction* da farmaci analgesici, dato che nei paesi anglosassoni tali problematiche si sono già ampiamente manifestate. Negli Stati Uniti le morti determinate dall'abuso e misuse di ossicodone ed altri oppioidi analgesici hanno superato il numero di quelle provocate insieme da cocaina ed eroina per uso illecito, dimostrando quali siano le dimensioni del problema (New England Journal of Medicine 2010, 363:1981-5). Anche per tali motivi la FDA negli ultimi mesi del 2013 ha modificato le regole di prescrivibilità di alcuni oppioidi (idrocodone) rendendole più stringenti e fra specialisti si sta discutendo se e quali *screening* sia necessario applicare ai pazienti prima di iniziare una prescrizione di oppioidi, allo scopo di identificare coloro a rischio di sviluppo di abuso e dipendenza.

Anche lo stesso trattamento polifarmacologico, spesso utilizzato nel trattamento del dolore persistente e cronico se da un lato permette di ottenere un miglior risultato clinico, può esporre il paziente ad una estensione della problematica dell'abuso di farmaci non solo oppioidi ma anche molecole ap-

partenenti ad altre categorie terapeutiche, segnatamente benzodiazepine ed antidepressivi. (Pain Medicine, 2014: Polypharmacy and chronic pain: harm exposure is not all about the Opioids)

È da segnalare anche che in Italia una newsletter di pochi mesi fa prodotta dal Gruppo di Studio AISD (Associazione Italiana Studi Sul Dolore) sulla legge 38 ha richiamato l'attenzione sulla problematica connessa all'utilizzo di tali farmaci e idoneità alla guida di autoveicoli, altra tematica importante, spesso sottovalutata e con possibili ed importanti coinvolgimenti medico legali dei pazienti utilizzatori e dei medici prescrittori.

Quanto detto è un campanello di allarme sulla diffusione e l'utilizzo poco ponderato di farmaci oppioidi, a volte prescritti con leggerezza senza considerare attentamente quali sono le loro potenziali pericolosità, e che si spinge alla prescrizione di dosaggi anche elevati a soggetti affetti da dolore non oncologico ed in piena attività lavorativa.

Tutto questo avviene a volte senza che siano state valutate altre opzioni terapeutiche al di fuori di quella farmacologica e pur in assenza di dati EBM che ne convalidino l'utilizzo di oppioidi nel medio-lungo termine nel trattamento del dolore cronico e persistente non oncologico. L'ultima revisione Cochrane disponibile sull'argomento (Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, et al. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1):CD006605) evidenzia un importante abbandono della terapia con oppioidi da parte dei pazienti per la presenza di effetti collaterali; inoltre, a dispetto di un miglioramento evidente sul controllo del dolore, non si riesce ad evidenziare un parallelo della qualità di vita di questi pazienti, che è il reale *ending point* a cui dobbiamo mirare con le nostre terapie.

La conclusione, a mio parere, è che il trattamento farmacologico con oppioidi e adiuvanti ha di per sé una potenziale *invasività* che può andare ad incidere pesantemente sulla capacità di condurre una normale vita di relazione da parte dei pazienti oltre che generare un potenziale sviluppo di sindromi da abuso e dipendenza. L'utilizzo di questi farmaci perciò non deve essere eccessivamente banalizzato, considerando i potenziali rischi e l'efficacia su alcune categorie di pazienti ancora da dimostrare, ed in base alle evidenze scientifiche l'utilizzo dovrebbe essere limitato nel tempo, considerando anche altre alternative terapeutiche.

Il rischio è quello che sull'onda emotiva di qualche evento sentinella, che non mancherà di manifestarsi nel futuro prossimo se si continuerà in un utilizzo indiscriminato e poco ponderato di tali molecole, si assista ad un ritorno alle origini della regolamentazione prescrittiva, ritornando ad un regime che renda difficoltoso anche l'utilizzo mirato dei farmaci oppioidi dove sono realmente necessari ed indispensabili.

TM

Info: m.lagrua@medicinadeldolore.org

SANDRO SPINSANTI

Due passi avanti, uno indietro: che ballo è?



La recente revisione del Codice deontologico dei medici italiani ha rimesso mano, tra l'altro, alla delicata questione delle decisioni di fine vita, nell'ipotesi che la persona destinata ad attraversare il confine non sia più in grado di esprimere la propria volontà. Dobbiamo registrare un cambiamento di prospettiva rispetto al Codice precedente. Prima di valutarlo – è un progresso o una regressione? – è opportuno rievocare il contesto in cui sorge la questione di che cosa sia giusto/opportuno fare quando il paziente non possa intervenire attualmente nel processo decisionale.

Sappiamo che ai nostri giorni le risorse della medicina possono tenerci per un tempo indefinito in una condizione di sopravvivenza biologica, a cui non corrisponde un desiderio di prolungarla. L'avarro Scrooge, protagonista del *Canto di Natale* di Dickens, è indotto a cambiar vita soprattutto da un *insight*: lo spirito-guida, facendogli apparire davanti agli occhi lo scenario futuro, gli mostra l'arraffamento dei suoi beni al momento della morte. È facile immaginare quali *insights* produrrebbe lo stesso spirito-guida in noi, evocandoci le scene che possono aver luogo intorno al nostro letto nel segmento finale della vita: medici e familiari che si disputano il diritto alle decisioni; familiari che litigano se e fino a che punto spingersi con gli interventi di sostegno vitale. Non so se ci fanno più paura coloro che fossero intenzionati in senso malevolo nei nostri confronti o coloro che – per motivi alti, nobili e filantropici – decidessero di tenerci in vita come e per quanto tempo noi non vorremmo. I casi estremi, come quello attuale di Vincent Lambert in Francia, che vede metà della famiglia schierata contro l'altra (e, come se non bastasse, il Consiglio di Stato francese contro la Corte europea dei Diritti dell'uomo), non sono che la parte emergente di un iceberg che percorre quotidianamente le acque delle rianimazioni e dei reparti di terapia intensiva...

Scossi da questi nuovi incubi, gli Scrooge dei nostri giorni sono indotti non a conversioni natalizie, ma a predisporre uno scenario che guidi le scelte finali. Preferiscono mantenere il controllo su queste decisioni, piuttosto che affidarle alla coscienza professionale dei sanitari o alla cura, ancorché amorosa, dei propri familiari. In questo contesto nasce il tema delle direttive anticipate. Che non sono un "testamento" (anche se qualificato come "biologico"): non riguardano ciò che avverrà dopo la nostra morte, ma sono istruzioni relative alla modalità stessa del morire.

L'accoglienza di tali volontà previe nel quadro delle norme deontologiche che regolano i rapporti tra i medici e i cittadini è stata laboriosa. Vi si opponeva il modello etico tradizionale, che affidava al medico il compito di decidere, "in scienza e coscienza", ciò che costituiva il bene del malato. La voce di questi non aveva diritto di cittadinanza, e non era previsto un ascolto sistematico delle sue preferenze. Inoltre l'individuo era visto come parte costitutiva della famiglia, alla quale andava la priorità nelle informazioni e nelle indicazioni di cura. L'accoglienza del principio etico di autodeterminazione (secondo la formulazione dell'OMS, "Niente su di me, senza di me") ha aperto una breccia. Progressivamente anche le volontà espresse precedentemente alla perdita della capacità di esprimerle sono state legittimate dal Codice deontologico.

Non senza resistenze. La redazione del 1998 esprimeva l'imbarazzo dei medici con una doppia negazione: "Il medico *non può non* tener conto di quanto precedentemente manifestato dal malato" (art. 34). Nella rielaborazione successiva del Codice, nel 2006, veniva fatto un passo avanti, superando ogni possibile tergiversazione: "Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato": questa era la formulazione dell'art. 38, significativamente intitolato: "Autonomia del cittadino e direttive anticipate".

Che cosa troviamo nella versione 2014 del Codice? L'art. 38 ha cambiato titolo; si presenta come "Dichiarazioni anticipate di trattamento". L'autonomia del cittadino (sostituito nel resto del Codice con la qualifica di "persona assistita", dizione più morbida, che non fa rima con diritti...) è lasciata cadere come zavorra. E le direttive diventano "dichiarazioni". Che suonano come *wishful thinking*. Tanto più che il medico, nel tenerne conto, "verifica la loro congruenza logica e clinica con le condizioni in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità della vita del paziente". Quindi le direttive, declassate a dichiarazioni, sono sottoposte all'ulteriore discriminazione del medico, il quale valuterà se rispettano la "dignità" e la "qualità di vita" del malato. Se qualcun altro è autorizzato a decidere se un trattamento rispetta la *mia* dignità e la qualità della *mia* vita, vuol dire che la voce in capitolo che mi era riconosciuta è stata revocata. Il pendolo ha fatto un giro ed è tornato a battere dalla parte della "scienza e coscienza" del medico.

Sandro Spinsanti, Laurea in psicologia e in teologia con spec. in teologia morale. Ha insegnato etica medica nella facoltà di medicina dell'università Cattolica di Roma e bioetica nell'università di Firenze. Ha diretto il Centro internazionale studi famiglia (Milano) e il Dip. di scienze umane dell'Osp. Fatebenefratelli all'istola Tiberina (Roma). Ha fondato e dirige l'Istituto Giano (Roma). È stato componente del Comitato Nazionale per la Bioetica. Ha fondato e diretto la rivista L'Arco di Giano (Esse editrice). Ha fondato e diretto la rivista "Janus. Medicina: cultura, culture" (ed. Zadig).

Per maggiore sicurezza (del medico, ovviamente), lo stesso articolo del Codice prevede che le dichiarazioni anticipate di trattamento siano tenute in considerazione solo se "espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale". Verrebbe da aggiungere: non è stata forse dimenticata la marca da bollo? Così la deontologia medica, sempre più chiaramente piegata in funzione difensiva, in vista di possibili contenziosi giudiziari, assomiglia più a un rapporto burocratico che alla tanto declamata alleanza terapeutica. E gli Scrooge del nostro tempo immaginano con

raccapriccio intorno al proprio letto non coloro che si litigano le suppellettili, ma un gran via vai di avvocati e giudici. E se anche si decidessero a prendere in mano la propria vita, si sentono privati di uno strumento efficace per fornire delle volontà previe come guida alle decisioni.

Era necessario un cambiamento del Codice deontologico in questo senso? Dopo la progressiva accettazione delle volontà previe registrata dai Codici del 1998 e del 2006, ora una vistosa retromarcia. Due passi avanti e uno indietro, appunto. Che ballo è questo? **TM**

Info: gianorom@tin.it



Aldo Pagni, specialista in medicina interna, è stato Vice Presidente dell'Ordine di Firenze e dal 1996 al 2000, Presidente nazionale della FNOMCeO.

ALDO PAGNI

Il Codice deontologico 2014 e le Dat

Il nuovo Codice deontologico è stato approvato a Torino nel maggio scorso, a larga maggioranza, dopo tre giornate di serrato confronto, anche notturno, con centinaia di emendamenti sottoposti a votazione elettronica. Un testo che aveva richiesto quasi due anni di lavori preparatori della Consulta, comprendente per la prima volta anche gli odontoiatri, e coinvolto fino dalle sue prime e provvisorie stesure gli ordini provinciali, le associazioni dei cittadini, le società scientifiche, le associazioni bioetiche, i sindacati medici, la stampa d'informazione e, persino alcuni imprevisi "consulenti" occasionali.

In passato non si era mai registrata, in occasione della predisposizione delle norme di un codice medico, una tale mobilitazione democratica e partecipativa, espressione di una società fluida, segnata da un vorticoso sviluppo tecnologico che sta modificando profondamente la relazione tra i medici e i cittadini, e le vicende esistenziali dell'Uomo. L'approvazione non plebiscitaria del nuovo Codice trova, forse, ragione nella insufficiente condivisione preliminare su cosa, come e perchè si rendeva necessario rivisitare il codice del 2006, e anche nel non agevole, confronto preliminare sui significati attribuiti ai termini impiegati per ridurre la babele di idee e di convinzioni radicate e irriducibili che si sono registrate al momento del voto, e che la stringatezza delle norme non avrebbe potuto dirimere.

Tuttavia, alla fine, il codice è risultato moderatamente innovativo e equilibrato per essere approvato dall'88% dei presidenti di ordine, anche se la stampa d'informazione ha dato più rilievo ai dissensi minoritari... che facevano

notizia, che agli aspetti positivi! Era tuttavia, prevedibile che i compromessi e le mediazioni raggiunte non soddisfacessero interamente nessuno.

Alcuni presidenti, si erano fatti portavoce di un diffuso e comprensibile disagio dei colleghi di fronte alle pesanti interferenze delle leggi regionali e della managerialità aziendale che angustiano l'indipendenza del medico, e reclamavano una norma che definisse in modo incontrovertibile l'atto medico.

L'associazione dei medici cattolici, in un documento dedicato a una delle bozze circolanti, aveva espresso riserve nei confronti del contrattualismo medico-paziente, e si era detta contraria, ad esempio, all'identità di genere e al riferimento alle Dat, perché "non ancora approvate dalla legge" (?), mentre monsignor Sgreccia si era augurato che quel codice non fosse approvato!

Altri presidenti, al contrario, imputavano al nuovo codice di non essere stato sottoposto a una profonda revisione del suo impianto tradizionale, o di non aver saputo sottrarsi culturalmente alla sudditanza nei confronti del Codice civile, o di non avere affrontato con sufficiente coraggio i problemi etici che investono la professione nell'epoca del pluralismo etico e della secolarizzazione.

In realtà, ci piaccia no, molte legittime e condivisibili istanze della professione parevano avere dimenticato che la professione si esercita in una sanità pubblica, che è un sottosistema della società, che l'ordine professionale è un organo ausiliario dello Stato e non un'istituzione privata di autogoverno dei medici, e che le regole pro-

fessionali, sono atti amministrativi interni della categoria, e non fonte di diritto primario, anche se vi fa spesso ricorso la magistratura di ogni ordine e grado.

Giova anche ricordare che le norme del codice, oltre ad essere rapportabili a specifiche previsioni di legge, sono anche di natura etica, deontologica e disciplinare.

In questa prospettiva sarebbe troppo lungo avventurarsi in una disamina di un ordinamento giuridico confuso e contraddittorio come il nostro tra diritto naturale e diritto positivo, in un clima caratterizzato dalla contrapposizione tra un'etica "oggettiva" e universale dei principi non negoziabili dei bioconservatori, e una fluida, "soggettiva" e relativa dei transumanisti.

A proposito delle Dat, ma quale legge si aspettano alcuni colleghi da un Legislatore che ha proposto una legge ideologica, fondata sull'indisponibilità della vita, dopo aver tentato di scambiare la biologia con le Sacre Scritture?

In Parlamento, inascoltati, abbiamo provato a far capire che dare da mangiare a un affa-

mato e da bere a un assetato è un atto di amore, ma che la nutrizione e l'idratazione sono un'altra cosa, un atto squisitamente medico, tecnico e invasivo, che richiede il consenso del destinatario.

Tuttavia, fatto salvo il principio del rispetto ineludibile della volontà di un malato divenuto *no competent*, e di una reale alleanza con i curanti, il significato di cure futili e della loro desistenza di fronte alle incertezze prognostiche, appaiono più complessi e delicati di quanto appaiano a chi si limiti alla sola teoria.

Tenere conto delle volontà del malato, come recita la Convenzione di Oviedo, non equivale a far prevalere le scelte del medico su quelle del malato, ma ad affrontare il problema avendo consapevolezza dei limiti della medicina e della necessità di ricercare un ethos il più possibile condiviso, fondato su solide evidenze scientifiche, aperto al dialogo e rispettoso della pluralità delle opinioni. **TM**

Info: aldopagni@mdtech.it

RICORDO

Giuseppe Carlo Balboni, medico, artista e... atleta



Il giorno 8 settembre u. s. ci ha lasciato in silenzio, come aveva vissuto negli ultimi anni, Giuseppe Carlo Balboni, professore emerito di Anatomia umana dell'Università di Firenze.

È difficile per me, in questo momento, ricordare la complessa figura di chi ho sempre considerato come un fratello maggiore, prodigo di consigli e suggerimenti, anche perché negli ultimi mesi, a causa delle mie precarie condizioni di salute, non ho potuto stargli vicino e quindi proseguire i nostri piacevoli incontri periodici.

Laureato a soli 24 anni in Medicina e Chirurgia a Firenze nel 1947, dopo avere assolto agli obblighi militari in qualità di ufficiale medico e ottenuto la specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, Balboni aveva iniziato la sua brillante carriera accademica, dedicandosi alla ricerca anatomica pur mantenendo sempre uno stretto legame con le discipline cliniche come ci aveva insegnato il comune Maestro Ignazio Fazzari. Per i suoi pionieristici studi anatomofunzionali sull'ovaio umano e sull'organo dell'olfatto, aveva ben presto conquistato un posto di primo piano nel mondo anatomico nazionale e internazionale, tanto da avere ricoperto la carica di presidente della Società Italiana di Anatomia (attualmente Società italiana di Anatomia e Istologia) dal 1986 al 1993.

Balboni ha formato generazioni di medici prima nella Facoltà medica dell'Università degli Studi di Sassari, ove era stato docente di Anatomia umana e direttore dell'omonimo Istituto dal 1963 al 1969, e successivamente nella Facoltà medica fiorentina fino al 2004, anno del suo collocamento fuori ruolo. Nell'Ateneo di Firenze ha ricoperto a lungo l'incarico di Direttore dell'Istituto di Anatomia umana e quindi del Dipartimento di Anatomia umana e Istologia.

Oltre ad essere stato autore di numerosissime pubblicazioni scientifiche accolte dalle più prestigiose riviste internazionali del settore anatomico, è stato co-autore di importanti trattati di Anatomia macro- e microscopica.

Ma la sua eclettica personalità non si era espressa solamente nelle discipline morfologiche, sia da un punto di vista scientifico che didattico, ma aveva spaziato nel mondo delle attività ginnico-sportive (era cintura nera di judo e aveva a lungo diretto l'Istituto superiore di educazione fisica di Firenze), delle attività manageriali, quale presidente del Comitato universitario per lo sport e promotore della realizzazione degli impianti sportivi per gli studenti fiorentini, e delle arti grafiche e scultoree. Sue originali opere in metallo, anche di grandi dimensioni e caratterizzate da un simbolismo geometrico, sono situate nell'atrio degli "Istituti anatomici" dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, nel giardino del Palazzetto dello sport di via delle Montalve, nella sede dell'Ordine provinciale dei Medici e Odontoiatri di Firenze e in altre città universitarie (Sassari, Lione). E chi non ricorda le cartoline di auguri da lui disegnate e inviate agli amici per le festività!

Con la perdita del prof. Balboni, scompare quindi la figura di un uomo di cultura che ci riporta alla mente quella di illuminati personaggi del passato che hanno saputo fondere in un umanesimo globale la scienza con l'arte ponendo al centro del loro interesse l'Uomo nel suo complesso.

Giovanni Orlandini

AstraZeneca



Un futuro che viene da lontano.

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

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

www.astrazeneca.it

Elezioni all'Ordine di Firenze 2015-2017

A seguito delle elezioni per il rinnovo degli organi istituzionali dell'Ordine di Firenze per il triennio **2015-2017**, sono risultati eletti a componenti del Consiglio Direttivo: Antonio Panti, Mario Barresi, Giancarlo Berni, Elisa Bissoni Fattori, Vittorio Boscherini, Riccardo Cassi, Pietro Dattolo, Luciano Gabbani, Gianfranco Gensini, Massimo Martelloni, Teresita Mazzei, Emanuele Messina, Pierluigi Tosi, Pier Luigi Tucci, Mauro Ucci. Per quanto riguarda la Commissione Odontoiatrica, sono stati eletti: Luca Barzagli, Silvio Bonanni, Gabriella Ciabattini, Luca Giachetti, Alexander Peirano. I primi due eletti, Luca Giachetti e Alexander Peirano, entrano a far parte del Consiglio dell'Ordine. Infine il Collegio dei Revisori dei Conti sarà composto da: Alessandro Bonci, Lucia Malavolti, Maria Antonia Pata (effettivi), e da Patrizia Sottili (supplente). Successivamente si è riunito il neoeletto Consiglio e sono stati eletti: Presidente Antonio Panti, Vice Presidente Teresita Mazzei, Segretario Luciano Gabbani, Tesoriere Alexander Peirano. Presidente Commissione Odontoiatri Alexander Peirano. Agli eletti gli auguri di Toscana Medica.

Vicenda Antitrust/FNOMCeO

Con provvedimento pubblicato sull'ultimo bollettino, l'Antitrust ha sanzionato la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici per "aver posto in essere un'intesa restrittiva della concorrenza, ai sensi dell'articolo 101 del TFUE, consistente nell'adozione e diffusione del Codice di deontologia medica 2006 e delle Linee Guida", definendo la sanzione amministrativa in circa 831.000 euro. Il motivo del contendere erano gli articoli del Codice di Deontologia Medica dedicati alla Pubblicità Sanitaria. Il Comitato Centrale della FNOMCeO, riunito a Piacenza, nel prendere atto della misura adottata dall'Antitrust, ha deciso

di resistere presso le sedi giurisdizionali previste dall'ordinamento. Questo in sintesi il comunicato della FNOMCeO: "In queste sedi, la Federazione riproporrà i profili giuridici delle questioni già rappresentate, che poco o nulla hanno rilevato nel procedimento istruttorio e nell'esile confronto delle parti che ha preceduto la sanzione, pressoché annunciata. Vogliamo sin da subito ribadire, nel pieno rispetto dei ruoli istituzionali di ognuno e di tutti, che mai abbiamo inteso emanare un Codice contra legem, ma neppure accetteremo che siano altri a scrivere il nostro Codice. Al di là dello stretto merito giuridico, questa vicenda esalta una que-

stione fondamentale: e cioè la libertà e l'indipendenza della Deontologia professionale, che trova il suo caposaldo etico e civile nella tutela dei diritti dei cittadini – in questo caso la Tutela della Salute – definiti fondamentali dalla nostra Costituzione. E ciò in un contesto di Diritto comunitario che non distingue, all'interno del mercato, le tipologie e le specificità dei diversi servizi. Crediamo invece che tale questione vada posta, non certo per difendere interessi corporativi, ma per meglio tutelare i diritti dei cittadini, soprattutto laddove insistono asimmetrie informative fondanti scelte consapevoli".

Corso ECM online su "Salute e Ambiente"

Venerdì 17 ottobre ha preso il via sul portale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri un nuovo corso ECM sul tema "Salute e ambiente: aria, acqua e alimentazione". L'evento, che assegna

20 crediti ECM e rimarrà attivo fino al 16 ottobre 2015, si inserisce nel programma di formazione continua da anni avviato dall'Ordine dei Medici con lo scopo di mettere a disposizione dei colleghi, medici e odontoiatri, un percorso formati-

vo di qualità e, come nella tradizione dell'Ordine, a titolo gratuito. Si invitano pertanto i colleghi a consultare il sito www.fnomceo.it e a partecipare all'evento formativo.

Nasce il Centro per maschi maltrattanti e violenti

Dalla convenzione stipulata tra Azienda sanitaria di Firenze, il Centro di ascolto uomini maltrattanti promosso dal Comune di Firenze e l'associazione Artemisia nell'ambito delle iniziative del Cesvot, il Centro servizi volontariato della Toscana nasce, all'interno del dipartimento di salute mentale dell'Asl 10 nella sede di via Enrico il Navigatore al 17, nella zona di via Carlo del Prete a Firenze, il Centro di accoglienza per maschi maltrattanti e violenti per dare una risposta a un fenomeno in costante crescita, quello della violenza alle donne. Ferma restando la condanna del comportamento contrario alla civiltà, al buon senso, al

rispetto e, soprattutto al codice penale, comprendere le motivazioni antiche, profonde, patologiche che spingono verso quei comportamenti può contribuire a spezzare la catena di un fenomeno che fa rabbrivire. La spirale può interrompersi coinvolgendo proprio gli uomini e sensibilizzando ad interrompere i comportamenti violenti, ad assumersi le proprie responsabilità, a ritrovare prima di tutto essi stessi una pace proficua per tutti. È così che è nata l'iniziativa del dottor Andrea Cicogni dell'Asl 10 e di un gruppo di operatori impegnati sulla violenza di genere che si occupa di questa tematica. Tra le attività presso il centro

c'è quella di formazione degli operatori Asl. Per chi si rivolge al centro sono previsti colloqui individuali e gruppi terapeutici. Attualmente il centro accoglie circa 50 utenti in gruppi di primo approccio o avanzati. Il progetto prevede la stretta integrazione con altri interventi della Asl 10 come il Codice rosa con cui, a partire dal pronto soccorso, assiste chi è in posizione di maggior debolezza: donne, bambini, omosessuali, anziani e subisce vessazioni, soprusi, abusi e violenze. Il Centro, che garantisce ovviamente l'anonimato, è raggiungibile telefonicamente chiamando il 339 8926550.

Premio "I Guidoniani"

Anche quest'anno l'Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale bandisce il premio scientifico intitolato a "I Guidoniani", giunto alla V edizione. In palio 2.000 Euro destinati al miglior lavoro originale nel campo della medicina, della psicologia e dell'ingegneria in forma di articolo scientifico che abbia come oggetto l'uomo ed il volo atmo-

sferico o spaziale. Possono partecipare al concorso i laureati in medicina, biologia, psicologia, ingegneria, fisica, chimica che non abbiano superato il 35° anno di età. Le domande degli interessati, debitamente compilate e firmate, devono essere inviate on-line all'indirizzo e-mail: segreteria@aimas.it, oppure via fax allo al n. 06.99331577. Le note per gli autori

sono scaricabili all'indirizzo: http://www.aimas.it/rivista_note_autori.asp. **La scadenza per la presentazione delle domande è fissata per il 30 aprile 2015.** Il bando completo può essere scaricato dal sito dell'AIMAS all'indirizzo: http://www.aimas.it/docs/premio_guidoniani_2015.pdf.

Questionario stalking in ambito professionale

L'Associazione *Oltretutto* un anno fa, con la promozione della Provincia di Pisa e del Comune di Cascina, ha aperto lo sportello Po.St.i.T. di Pisa, cioè Postazione Stalking in Toscana (Progetto regionale con tre sportelli attivi). L'operato è rivolto sia alle vittime che agli autori di stalking, fornisce gratuitamente un servizio di orientamento sia di natura psicologica che legale. Ad esso aggiunge un lavoro di prevenzione, educazione,

di informazione e di ricerca nel campo dello Stalking, del Mobbing e del Bullismo. Attualmente sta seguendo un progetto d'indagine mirato a raccogliere dati più esaustivi riguardo allo stalking in ambito professionale. Si tratta di un questionario per professionisti, potenzialmente a rischio di molestie assillanti e di vessazioni. È rivolto principalmente a medici, psicologi, psichiatri, avvocati, assistenti sociali, personale infermieristi-

co, etc. Per chi fosse interessato a contribuire all'indagine può compilare il questionario collegandosi direttamente al sito: https://docs.google.com/forms/d/1WS40tTa84U-MDRUOaZpe4LL1_6-U_M_2_Q_h_M_a_F_n_f_1_z_C_J_M/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form link, oppure all'interno del Blog <http://stalking-fra-vittima-e-persecutore.over-blog.com/> all'interno della Pagina RICERCA STALKING SU PROFESSIONISTI.

Odontoiatria Estetica

Da alcuni anni si discute sul fatto se all'odontoiatra sia consentito eseguire trattamenti di medicina estetica sulle labbra o sul viso del paziente. Della questione si è recentemente occupato il Consiglio Superiore di Sanità che, nella seduta del 15/07/2014, ha espresso il parere che l'esecuzione da parte dell'odontoiatra di terapie con finalità estetica è ammissibile

alle seguenti condizioni: a) la terapia estetica deve rientrare all'interno delle competenze dell'odontoiatra definite dalla Legge 409/1985 e cioè la cura delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti; b) la terapia estetica deve rientrare in un protocollo di cura odontoiatrica ampio e completo proposto al paziente, tale

da rendere la terapia estetica correlata e non esclusiva all'interno dell'iter terapeutico odontoiatrico proposto al paziente; c) la terapia estetica deve essere limitata alla zona labiale; d) l'odontoiatra non può far uso di dispositivi medici e farmaci immessi in commercio per finalità diverse dalla cura delle zone anatomiche di cui alla Legge 409/1985.

ANAAO Assomed e la sanità oggi

L'ANAAO Assomed ha elaborato un documento che fotografa in maniera impietosa molti aspetti della agitata realtà sanitaria italiana, dalla crisi delle Università alle prese di posizione del MIUR, dal caos sulle ammissioni ai test per l'accesso alle Facoltà mediche, alla condizione invecchiata di molti medici ancora in cerca di un'occupazione più o meno stabile, dalla questione delle borse per le Scuole di specializzazione all'ormai famoso e potenzialmente intrigante modello di studi "alla francese" che magari uno

pensa maliziosamente chissà cosa e poi si trova invischiato in una girandola di ricorsi al TAR, studenti esasperati e confusi, atenei sull'orlo di più o meno devastanti crisi di nervi.

Certo i numeri raccolti dall'ANAAO fanno impressione e non si può rimanere indifferenti di fronte, ad esempio, alla cifra esorbitante di studenti che ad oggi hanno trovato soddisfazione da parte dei giudici amministrativi, in un panorama di grande confusione e spaesamento generale.

A tutto questo si aggiungono altre

cifre a dire poco sconfortanti, che riguardano il futuro professionale di tanti futuri colleghi. Secondo alcune stime di ANAAO Giovani infatti entro il 2020 dagli atenei italiani usciranno almeno 12.000 professionisti potenzialmente disoccupati, alla disperata ricerca di un posto in una Scuola di specialità o di una prima occupazione verosimilmente di poca gratificazione ed ancora minore retribuzione.

Numeri e cifre per tanti, forse troppi spunti di triste riflessione.

Raccolta fondi per restaurare il libro di Mascagni

La biblioteca del Museo Galileo di Firenze possiede il volume "l'Anatomia universale" del celebre anatomista senese Paolo Mascagni (1755-1815). Il libro, travolto dall'alluvione nel 1966 e disperso, è stato poi recuperato, ma le sue condizioni sono pessime e ha bisogno di un radicale intervento di restauro. Il progetto è in parte finanziato dalla Regione Toscana, ma occorrono ulteriori 6.000 Euro. È stato quindi deciso di lanciare una raccolta fondi per raccogliere l'importo necessario. Le donazioni, piccole (minimo 10 Euro) o grandi, possono essere effettuate tramite bonifico (IBAN: IT60J0616002801000014910C00 // SWIFT: CR-



FIIT3FXXX) - ricordando di specificare nella causale "Restauro Mascagni" - o rivolgendovi direttamente al personale della biblioteca, che rilascerà una ricevuta.

Una presentazione più approfondita del volume con alcune fotografie è disponibile qui: <http://www.museogalileo.it/partecipa/isostienimuseogalileo/imascagni.html>. Il nome dei donatori, salvo indicazioni contrarie, apparirà nella lista che inseriremo nel volume, una volta restaurato. Stanno anche

pensando a un evento per festeggiare l'avvenuto restauro e ringraziare tutti coloro che hanno partecipato alla raccolta fondi. Info: Biblioteca Museo Galileo: tel. 055/2653138.

Italia: top ten e non solo

Dell'Italia si parla spesso in modo negativo, anche per quel che concerne l'efficienza in materia di salute.

Eppure l'analisi dei dati Ocse (Health at a Glance, 2013) dimostra gli apprezzabili risultati del nostro paese per quanto riguarda gli esiti di malattie a forte impatto sociale. La mortalità per infarto del miocardio, per esempio, è del 5,8 per cento rispetto a una media Ocse del 7,9 per cento (10° posizione su 31 paesi analizzati). Anche la mortalità dopo uno stroke è più bassa: 6,5% vs 8,5%. E dietro di noi sono paesi come Germania, Svizzera, Inghilterra, Francia, Olanda e Spagna, mica Tonga o Bangladesh!

L'avanzamento dei risultati è evidente anche per quel che concerne il miglioramento delle terapie antitumorali, con una riduzione del 20 per cento del tasso di mortalità (confrontando i dati 1990 con quelli 2011). Siamo dunque nella top ten dei paesi con miglior performance.

Trattando poi la sicurezza delle cure, si osserva che le complicanze tromboemboliche e settiche dopo interventi chirurgici siano basse, collocandosi l'Italia fra i 10 paesi migliori. Se infine raffrontiamo aspettativa di vita e mortalità evitabile, i due più importanti indicatori aggregati, l'Italia si piazza al terzo posto fra i pae-

si Ocse (Health Working Papers, n. 55 -2011).

Partendo da questi presupposti, il nostro paese potrebbe salire le classifiche anche in materia di prevenzione e cura della malattia da virus Ebola. Le direttive da seguire sarebbero in fondo due:

1. Convocare una conferenza per discernere le implicazioni dell'epidemia di Ebola, nell'ambito delle comunità internazionali, impegnandosi per collaborare tecnicamente e finanziariamente.

2. Mettere in atto un robusto meccanismo per garantire il monitoraggio e la revisione dei propri dati in confronto con quelli internazionali.

Rank	Country	Efficiency score	Life expectancy	Health-care cost as a percentage of GDP per capita	Health-care cost per capita
1	Hong Kong	92.6	83.4	3.8%	\$ 1,409
2	Singapore	81.9	81.9	4.4	2,286
3	Japan	74.1	82.6	8.5	3,958
4	Israel	68.7	81.8	7.8	2,426
5	Spain	68.3	82.3	10.4	3,027
6	Italy	66.1	82.1	10.4	3,436
7	Australia	66.0	81.8	8.9	5,939
8	South Korea	65.1	80.9	7.2	1,616
9	Switzerland	63.1	82.7	11.5	9,121
10	Sweden	62.6	81.8	9.6	5,331
11	Libya	56.8	75.0	3.8	398
12	United Arab E.	56.6	76.7	4.1	1,640
13	Chile	56.2	79.0	7.0	1,075
14	United kingdom	55.7	80.8	9.4	3,609
15	Mexico	54.9	76.9	6.4	620
16	Austria	54.4	81.0	11.2	5,280
17	Canada	53.4	80.9	10.8	5,630
18	Malaysia	52.8	74.3	3.3	346
19	France	52.3	81.7	12.5	4,952
20	Ecuador	51.7	75.6	6.1	332
21	Poland	50.6	76.7	7.1	899
22	Thailand	50.2	74.1	3.7	202
23	Finland	49.5	80.5	9.4	4,325
24	Czech Republic	48.9	77.9	8.1	1,507
25	Netherlands	48.5	81.2	13.0	5,995
26	Veneuela	48.3	74.3	4.3	555
27	Portugal	47.2	80.7	11.4	2,311
28	Cuba	46.8	79.1	11.3	606
29	Saudi Arabia	46.0	74.1	3.6	758
30	Germany	45.5	80.7	11.7	4,875
31	Greece	45.5	80.7	13.0	2,864
32	Argentina	45.1	75.8	7.7	892
33	Romania	44.9	74.5	6.3	500
34	Belgium	44.5	80.5	11.4	4,962
35	Peru	43.2	74.0	4.4	289
36	Slovakia	41.1	76.0	9.1	1,534
37	China	38.3	73.5	4.6	278
38	Denmark	38.1	79.8	11.8	6,648
39	Hungary	38.1	74.9	8.6	1,085
40	Algeria	37.2	73.1	4.2	225
41	Bulgaria	37.0	74.2	7.5	522
42	Colombia	36.2	73.6	5.6	432
43	Dominican Rep.	35.3	73.4	5.2	296
44	Turkey	33.4	73.9	6.5	696
45	Iran	31.5	73.0	5.1	346
46	United States	30.8	78.6	17.2	8,608
47	Serbia	27.2	74.6	12.0	622
48	Brazil	17.4	73.4	9.9	1,121

Al via il Forum Nazionale dei Giovani della Sanità

Con la Campagna #SvoltiAMOLA-SANITÀ, l'Associazione Italiana Giovani Medici (SIGM) ha rivolto un appello a tutte le associazioni e sigle di categoria, di medici e non medici, di studenti in medicina, ed a quanti siano "giovani", non anagraficamente, ma mentalmente, ad unire le forze ed a condurre una battaglia di civiltà e di cambiamento, fuoriuscendo dalle logiche di parte e condividendo un approccio di sistema. E la proposta è stata raccolta da altre 9 realtà rappresentative del mondo giovane delle professioni sanitarie.

Ha preso il via il "Forum Nazionale dei giovani della Sanità", piattaforma di confronto programmatico che cerchi di creare convergenze, a partire dai contenuti, tra tutti quei giovani professionisti del sistema salute che abbiano realmente a cuore le sorti del nostro Servizio Sanitario Nazionale in un'ottica di sistema e non di parte.

Il Forum si è messo subito al lavoro in previsione della convocazione del Tavolo Politico tra Governo e Regioni, istituito dal Patto per la Salute al fine di individuare in modo partecipativo, guardando anche all'esperienza di altri Paesi dell'UE, i contenuti di un disegno legge delega

che faciliti l'accesso delle giovani professionalità sanitarie all'interno del SSN, che sostenga la valorizzazione del ruolo dei giovani della salute, anche in chiave di integrazione multidisciplinare, e che provveda alla riorganizzazione della formazione di base e specialistica.

Con tali premesse, il Forum potrà assumersi l'onere di perfezionare delle proposte, basate su dati ed evidenze, in tema di accesso alla formazione, di sistema formativo-professionalizzante pre e post lauream, di ingresso al mondo del lavoro, di progressione di carriera e di ogni altro argomento relativo alla condizione dei giovani medici. Il Forum si propone di essere una realtà aperta e versatile e l'unico criterio richiesto per aderire sarà la volontà manifesta di scongiurare a qualsiasi livello la strumentalizzazione della formazione post lauream e di affermare il merito ai fini dell'accesso alla formazione ed al Servizio Sanitario Nazionale e della progressione di carriera in sanità.

Tale iniziativa riveste una particolare importanza visto l'attuale contesto di crescente "competitività" tra sistemi e modelli assistenziali e tra le professionalità mediche operanti nei differenti Paesi

UE, situazione che deriva dall'attuazione di due direttive europee. Da una parte la Direttiva UE 24/2011 sulla cosiddetta cross-border Healthcare, che consentirà ai cittadini italiani di andare negli altri Paesi Membri per farsi curare alle stesse condizioni ed agevolazioni previste nel nostro Paese. Dall'altra parte la Direttiva 2013/55/EU sulle qualifiche professionali, che riconfigura il sistema del reciproco riconoscimento delle qualifiche professionali in modo da rendere più agevole e sicura la mobilità dei professionisti all'interno dell'UE.

È quindi necessario che i giovani medici sappiano cogliere la sfida di questa "competitività" crescente, sia avendo riguardo per la sostenibilità del SSN, attraverso la rimozione di sprechi, inappropriately, inefficienza, clientele e malaffare, che aumentando la "produttività" interna del sistema salute. Solo così sarà possibile creare la necessaria ricchezza (non solo materiale ma anche ideale) per garantire un futuro alle giovani professionalità all'interno di un SSN pubblico, equo, universale e solidale.

A. Cocci, fondatore ed incaricato locale del Segretariato Italiano Giovani Medici (SIGM) Firenze.

Responsabilità del medico ospedaliero

Il Tribunale di Milano, sezione I civile, con una sentenza del 17 luglio scorso, ha affrontato il caso di un paziente danneggiato durante un ricovero ospedaliero e ha affermato alcuni importanti e innovativi principi in materia. Secondo il Tribunale, dopo l'entrata in vigore della "Legge Balduzzi" del 2012 (quella che esonera il medico da responsabilità se agisce secondo le linee guida e i protocolli di buona prassi), quando un paziente ricoverato in una struttura sanitaria (pubblica o privata non fa differenza) subisce un danno, è lui che deve provare che il medico non ha rispettato le linee guida e i protocolli di buona prassi, per-

ché la responsabilità del medico è di natura "extra-contrattuale". L'affermazione non è di poco conto, perché fino ad ora la giurisprudenza maggioritaria propendeva per ritenere che la responsabilità del medico, insieme a quella della struttura sanitaria, fosse di tipo "contrattuale" e ciò significava che l'onere della prova spettasse al medico, cioè era il medico che doveva dimostrare di aver agito correttamente, non il paziente a dimostrare che aveva agito scorrettamente. Ora, invece, il Tribunale di Milano ribalta questa prospettiva e fa una precisa distinzione: la responsabilità della struttura sanitaria è di natura contrattuale e quindi l'onore

della prova ricade sulla struttura, mentre la responsabilità del medico è extra-contrattuale e quindi l'onere della prova ricade sul paziente. Si tratta, quindi, di una pronuncia innovativa e che probabilmente influenzerà le decisioni anche degli altri Tribunali alle prese con controversie inerenti la responsabilità medica. I primi commenti sono arrivati dall'Associazione dei Medici Anestesiisti, secondo la quale la sentenza di Milano fa finalmente chiarezza e, senza nulla togliere ai diritti risarcitori dei pazienti, distingue nettamente i doveri della struttura da quelli del medico, com'è normale che sia.

Il nuovo Pronto Soccorso di Careggi con le emergenze oculistiche e ORL

È attivo il nuovo Pronto Soccorso di Careggi dove sono state integrate le attività di emergenza dell'Oculistica e dell'Otorinolaringoiatria.

Un'apposita segnaletica indirizzerà i pazienti verso il padiglione 12 dove sono state concentrate le attività di pronto soccorso. L'attivazione della nuova struttura, alla quale è possibile accedere sia dall'ingresso dall'attuale Pronto Soccorso Generale, sia da un nuovo ingresso su viale Pieraccini, è la prima fase di un percorso

di unificazione che a giugno 2016 porterà all'accorpamento, in questa sede, anche delle attività svolte nel Pronto Soccorso Ortopedico attualmente attivo nel padiglione CTO. A Partire dalla mattina del 3 novembre il Pronto Soccorso oculistico ha cessato le attività nell'edificio della Clinica Oculistica e il Pronto Soccorso Otorino ha cessato le attività al piano terra del padiglione delle Cliniche Chirurgiche. Le due strutture sono quindi attive all'interno del nuovo Pronto Soccorso. Tutto è pronto

per accogliere e indirizzare l'utenza nei nuovi spazi con indicazioni e percorsi intuitivi disegnati sulle strade interne all'area sanitaria.

La nuova struttura accoglierà complessivamente quasi 100mila accessi all'anno composti dagli oltre 55mila accessi del Pronto Soccorso Generale a cui si aggiungeranno gli 11mila del Pronto Soccorso Otorino agli oltre 30mila del Pronto Soccorso Oculistico.

EBOLA e 118

Il 118 senese ha avuto il primo battesimo del fuoco con un sospetto caso di Ebola e il suo intervento ha ricevuto i personali complimenti del Ministro e dell'Assessore Regionale, che si sono congratulati per la professionalità dimostrata.

Certificato per richiedere l'applicazione della L. 194

Quali accertamenti devono essere effettuati?

1) Identificazione paziente tramite carta d'identità, passaporto, STP (permesso sanitario transitorio)

2) epoca della gravidanza

3) volontà della paziente di interrompere la gravidanza. Non occorrono motivazioni specifiche essendo sufficiente la richiesta della paziente che il medico si limita a recepire.

4) Invitare la paziente a soprassedere per giorni 7 informandola che può già rivolgersi al servizio accettazione per ini-

ziare la procedura per l'interruzione. Se l'intervento deve essere effettuato con urgenza (paziente minore, tempo in scadenza, epoca gestazionale precoce per cui si può ricorrere a RU 486, particolari condizioni di salute della donna), va indicato sul certificato che viene rilasciato in unica copia all'interessata.

5) In caso di minore tale condizione va esplicitata sul certificato. Esso va integrato con la firma congiunta dei genitori, se sono presenti e d'accordo e se la minore lo consente o, in caso contrario, con la dichiarazione di aver preso visione della

relazione del Servizio Sociale presentata al Giudice tutelare per ottenere l'autorizzazione all'intervento.

6) Per le richieste oltre le 12+ 5 settimane di amenorrea (iTG) sul certificato va richiamata la volontà della donna di interrompere la gravidanza ai sensi dell'articolo 6 della l. 194/78.

7) l'accertamento psichiatrico non è indispensabile; può essere richiesto dal ginecologo qualora sospetti la presenza di un rischio psicofisico per la donna.

Lucia Malavolti

I primi battiti del cuore scientifico della cardiologia fiorentina raccontati in un convegno nell'ambito del centenario di Careggi



Gian Gastone Neri Serneri

«Dalla lettura del passato inizia la visione del futuro» così Monica Calamai Direttore generale di Careggi ha commentato il convegno dedicato ai maestri della Cardiologia Fiorentina che si è svolto nell'ambito delle celebrazioni del Centenario dell'Ospedale, in occasione delle giornate aperte al pubblico del Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, il 24 e 25 ottobre.

Ospite d'onore il Professor Gian Gastone Neri Serneri, maestro del Professor Gian Franco Gensini direttore del nuovo Dipartimento che ha sottolineato "l'importanza delle radici clinico-scientifiche alla base dell'evoluzione della cardiologia nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi". Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze Antonio Panti nel sintetizzare i meriti accademici del professor Neri Serneri e la figura del compianto professor Pier Filippo Fazzini, altro mae-

stro della cardiologia fiorentina, ha ricordato la loro capacità di insegnare l'amore per la professione di medico. Il professor Alberto Tesi, Rettore dell'Università di Firenze ha presentato Neri Serneri e Fazzini come esempi di professori che hanno saputo costruire un prezioso nesso fra maestro e allievo che ancora oggi è alla base della trasmissione di conoscenza scientifica non solo nell'ambito della cardiologia.

Il professor Neri Serneri intervistato dal professor David Antonucci ha raccontato la sua passione per la tecnologia e l'innovazione e l'impegno alla promozione di una dimensione scientifica internazionale della cardiologia fiorentina, ricordando Fazzini ha espresso grande stima per la sue capacità di riflessione clinica e pensiero scientifico. La nascita di Careggi e l'affermarsi della Clinica medica e della Cardiologia fiorentina sono state raccontate in un video realizzato dalle professoressa Maria Boddi e Donatella Lippi. Una mostra di documenti storici e scritti originali dei Maestri Enrico Greppi e Antonio Lunedei, curata dalla dottoressa Laura Vannucci, è stata presentata a conclusione del convegno.

Un nuovo ambulatorio al Palagi per i pazienti con problemi di capelli

Lo scorso ottobre è stato inaugurato l'Ambulatorio alopecia che è aperto tutti i mercoledì pomeriggio dalle 14.30 alle 16.30 presso la stanza 8 della Dermatologia al terzo piano del Palagi, in viale Michelangelo 41. La professoressa Silvia Moretti, docente associato di dermatolo-

gia all'Università di Firenze e specialista di scienze tricologiche della Asl 10, visiterà ogni volta orientativamente 6 pazienti che per il momento potranno accedere solo tramite i Cup ospedalieri dell'Annunziata, del Nuovo San Giovanni di Dio, di Santa Maria Nuova e dello stesso lot,

con particolare attenzione ai pazienti delle strutture oncologiche. Sulla ricetta medica, gli specialisti che li seguono dovranno indicare la richiesta di *visita tricologica per alopecia o caduta di capelli*.

CORSO DI PERFEZIONAMENTO

E-learning in Sanità

È in corso di attivazione la III edizione del **Corso di Perfezionamento E-learning in Sanità a.a. 2014/15** organizzato dalla Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Università di Firenze. Il Corso di Perfezionamento E-learning in Sanità promuove la formazione di esperti capaci di progettare, produrre ed erogare corsi e-learning sia per la formazione universitaria che per l'aggiornamento professionale continuo. Le competenze acquisite consentiranno al professionista di integrare le tecnologie telematiche e multimediali con le pregresse conoscenze per costruire specifici percorsi formativi sia in ambito universitario che post-laurea. Il Corso promuove la formazione di esperti capaci di progettare, produrre ed erogare corsi e-learning sia per la formazione universitaria che per l'aggiornamento professionale continuo degli operatori sanitari. Potranno iscriversi al Corso di Perfezionamento laureati e diplomati universitari di primo e secondo livello di qualsiasi indirizzo di studi, con particolare riferimento a quelli nel campo sanitario. L'attività formativa del Corso di Perfezionamento sarà articolata in lezioni in presenza e didattica a distanza. Le lezioni in presenza si svolgeranno a Firenze l'intera giornata di Venerdì e il Sabato mattina per un totale di circa 5 fine settimana distribuiti nel periodo Febbraio 2015 - Aprile 2015. L'attività a distanza si svolgerà utilizzando una piattaforma e-learning, e prevede attività individuali e l'attivazione di comunità virtuali di apprendimento.

Accreditamento ECM: in fase di accreditamento. Nelle precedenti edizioni ha ottenuto 50 crediti ECM - **Quota di iscrizione:** 900,00 - **Quota ridotta a 800,00** per i Soci della Società Italiana di Pedagogia Medica e i Soci della Società Scientifica TELESA. **Scadenza domanda di ammissione:** 22 Gennaio 2015 - **Ulteriori informazioni all'indirizzo:** <http://e-learning.med.unifi.it/sanita/> - **Oppure contattare:** Dott. ssa M.R. Guelfi, Dott. M. Masoni - E-mail: r.guelfi@med.unifi.it, m.masoni@med.unifi.it - Tel: 329-8081716; 055-2758028.

Adenuric[®]

(febuxostat)



MANFREDO FANFANI

FIRENZE
CAPITALE
1865-2015

1865 - 1871 FIRENZE CAPITALE

**Firenze ha svolto un ruolo fondamentale sia nel processo di unità
che in quello della unificazione nazionale.**

Quel processo che aveva preso avvio il 27 aprile 1859,
con l'allontanamento del Granduca Leopoldo II e la manifesta volontà di unione
al Regno di Sardegna (consacrata dal plebiscito dell'11-12 marzo 1860),
determinante per il successo del progetto unitario, e l'opera di unificazione del paese,
la cosiddetta spiemontesizzazione, portata avanti con successo
nei sei anni di permanenza della capitale sulle rive dell'Arno.

Una convergenza di politici, giornalisti, intellettuali, burocrati
provenienti dalle varie regioni italiane che trovarono in Firenze
le condizioni ideali per avviare il superamento degli egoismi e interessi municipali,
gettando le basi per una coscienza e un'identità nazionali
di cui la lingua e la statua stessa di Dante Alighieri in piazza Santa Croce
rappresentano il più alto sigillo.



Bettino Ricasoli



150°



Ubaldo Peruzzi



Eugenio Fiumi

Osimo Cecchi



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

Articolo all'interno della rivista
Una copia della pubblicazione può essere richiesta a info@istitutofanfani.it