

Dal 2016 Toscana Medica
diventa digitale! Si prega di registrarsi:
www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti



ToscanaMedica

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



Psoriasi: qualche certezza in più

S. Dei, V. Dini, A. Mugelli, M. Mugnai,
M. Pellegrino, F. Prignano, L. Giorni

Risposte alle domande sulle vaccinazioni

M. Ruggeri

La riabilitazione robotica: lo stato dell'arte

S. Mazzoleni, F. Posteraro

La chirurgia robotica a Firenze

A. Coratti, L. Bencini, M. Di Marino, M. Farsi, M. Anecciarico

N° 10 NOVEMBRE/DICEMBRE 2015



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

92/22

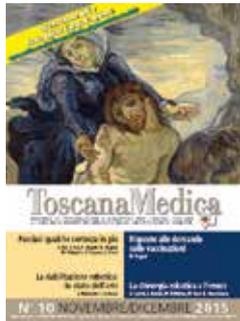
fluticasone furoato/vilanterolo
92 microgrammi/22 microgrammi
polvere per inalazione, pre-dosata



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

184/22

fluticasone furoato/vilanterolo
184 microgrammi/22 microgrammi
polvere per inalazione, pre-dosata



Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
"Pietà" - Vincent van Gogh
(Groot Zundert 1835-Auvers-sur-Oise
1890), (da Delacroix) 1889 circa,
olio su tela, cm 41,5x34. Città del
Vaticano, Musei Vaticani, inv. 23698.
Foto © Governatorato dello Stato
della Città del Vaticano-Direzione
dei Musei

Anno XXXIII n. 10 - Novembre/Dicembre 2015

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 2015 € 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: toscanamedita@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
Tipografia il Bandino srl
Via Meucci, 1 - Fraz. Ponte a Ema - Bagno a Ripoli (FI)

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- ◆ Inviare gli articoli a: toscanamedita@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.

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

4 Palazzo Strozzi espone la bellezza divina
F. Napoli

EDITORIALE

5 È vietato parlare di eutanasia?
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

7 Psoriasi: qualche certezza in più
S. Dei, V. Dini, A. Mugelli, M. Mugnai,
M. Pellegrino, F. Prignano, L. Giorni

14 Psoriasi: nuove terapie migliori e costose
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

15 Quanto costa l'assicurazione

M. Vainieri, E. Flore, R. Tartaglia, T. Bellandi

17 L'appropriatezza e il gioco delle tre carte...

A. Bonci, A. Cocci, T. Niccolai, G. Marini, E. Armienti

19 «Signora, ha un tumore». Ma è un errore.
Diagnosi sbagliata? C'è il risarcimento
A. Panti

20 Gli steroidi anabolizzanti

G. Galanti, C. Giannelli

21 L'ipertensione mascherata

G. Collecchia

23 L'Officina Trasfusionale di Area Vasta Nord-Ovest

D.F. Russo, D. Focosi

25 Morte improvvisa giovanile

M. Di Paolo, M. Gherardi

27 Angioplastica coronarica in Toscana: il troppo stroppia?

A. Dolara

37 La riabilitazione robotica: lo stato dell'arte

S. Mazzoleni, F. Posteraro

REGIONE TOSCANA

29 Vaccinazione antinfluenzale e non solo

M. Ruggeri

33 Risposte alle domande sulle vaccinazioni

M. Ruggeri

RICERCA E CLINICA

40 La chirurgia robotica a Firenze

A. Coratti, L. Bencini, M. Di Marino, M. Farsi, M. Anecchiarico

44 L'"Autopsia Virtuale" a Firenze

I. Menchi, G. Berni, N. Norberti, P. Tonelli, A. Panti

48 Trattamento percutaneo ecoguidato

nella sindrome di De Quervain

E. Tarabelli, R. Giuliani, I.G. Burelli,

S. Lorenzi, L. Turturici, P. Bemì, C. Vignali

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

50 Cosma e Damiano

M. Fanfani

SANITÀ NEL MONDO

54 Le migrazioni forzate negli editoriali di Lancet e BMJ

G. Maciocco

LETTERE AL DIRETTORE

56 Il migrante contagioso, un mito da sfatare

P. Sarti

57 Le epidemie diagnostiche in neuropsichiatria infantile

C. Coscarella

58 Dottore... voglio la risonanza...

T. Rubino

RICORDO

59 Paolo Cicchi, allievo e maestro di Chirurgia

G. Perigli

59 Carlo Buffi, la passione della Medicina

S. Dei

60 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

60 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

28 BACHECA

55 LETTI PER VOI

62 CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI



FEDERICO NAPOLI

Palazzo Strozzi espone la bellezza divina

Nell'ambito del V Convegno Ecclesiale Nazionale si colloca la mostra "Bellezza Divina. Tra Van Gogh, Chagall e Fontana" ordinata presso le sale di Palazzo Strozzi a Firenze e aperta fino al 24 gennaio 2016. La medesima mostra, che presenta opere datate fra metà Ottocento e prima metà del Novecento con gli autori impegnati in soggetti religiosi, pur autonoma e completa, idealmente prosegue e si conclude nella esposizione "Si fece carne. L'arte contemporanea e il sacro" proposta presso la chiesa di San Lorenzo, che espone opere della seconda metà del Novecento. La mostra di Palazzo Strozzi curata da Carlo Sisi e collaboratori propone pitture sculture grafiche e disegni provenienti da svariate collezioni pubbliche e private, suddividendo la materia in sezione diverse (l'Annunciazione, la Passione, la Preghiera, ad esempio). Con sempre un'attenzione agli aspetti

"San Sebastiano" - Gustave Moreau (Parigi 1826-1898), 1870-1875 o 1890 circa, olio su tela, cm 115 x 90. Parigi, Musée Gustave Moreau, inv. 214. Foto © RMN-Grand Palais /René-Gabriel Ojéda

cronologici, in esposizione si passa dall'estetismo accademico del quadro "Cristo alla colonna" di William-Adolphe Bouguereau (1890), all'opera "La preghiera" di Felice Casorati (1914) che echeggia il clima della Secessione viennese conosciuta tramite Klimt già nel 1910 e 1911. Egualmente, in mostra compaiono la scultura "Madonna con Bambino" di Libero Andreotti (1923) dalla tarda linea Art Nouveau e il bronzo "Grande cardinale" di Giacomo Manzù, proveniente da Ca' Pesaro di Venezia (1955), portato quasi alla massima semplificazione formale. A tale proposito, per quanto le opere esposte si muovano nell'ambito della figurazione, in questo certamente indirizzate anche dalla necessità comunicativa che i soggetti prescelti comportano – cosa che per esempio accade anche in un autore quale Lucio Fontana, qui presente con alcune vibranti stazioni della "Via Crucis" realizzate in ceramica –, a Palazzo Strozzi compare solo un'opera pienamente astratta dal titolo "Crocifissione contemporanea – Ciclo della protesta n. 4", realizzata nel 1953 da Emilio Vedova e proveniente dalla Galleria Nazionale d'Arte Moderna e Contemporanea di Roma.

Inevitabilmente, il mondo circostante ha riverberato in tutte queste opere la realtà storica loro contemporanea, come accade nei quadri dedicati al soggetto "Crocifissione" (fra cui quello "scandaloso" di Guttuso), nell'esposizione accostati in successione; ma tale aspetto è evidente anche nelle opere dedicate al tema del "figliol prodigo" frequente fra le due guerre mondiali (sinonimo di un vero e proprio "ritorno all'ordine" compositivo per Arturo Martini e Baccio Maria Bacci) o dello spirito di indipendenza risorgimentale (si veda la grande tela "I Maccabei" di Antonio Ciseri, proveniente dalla chiesa fiorentina di Santa Felicità). È anche una mostra nella quale compaiono autori non frequentemente esposti in Italia, come i francesi Maurice Denis, Odilon Redon e Gustave Moreau, il norvegese Edvard Munch. È una mostra, infine, che accanto ad autori quali Vincent Van Gogh (la sua "Pietà" mediata da Delacroix è il simbolo della mostra fiorentina), Pablo Picasso (di età giovanissima, appena undici anni), Henri Matisse, Lorenzo Viani, Otto Dix, Galileo Chini, propone alcune eccellenze, come le opere "Crocifissione bianca" di Marc Chagall (da Chicago), "L'Angelus" di Jean-Francoise Millet (dal Musée d'Orsay), "Resurrezione di Lazzaro" di Pietro Annigoni (dai Musei Vaticani).

Dunque, un unico tema (il sacro nell'arte) e tanti autori: una "collettiva" di eccellenza. **TM**

Bellezza divina. Tra Van Gogh, Chagall e Fontana

Palazzo Strozzi, Firenze

Fino al 24 gennaio 2016

orario: tutti i giorni 10,00-20,00; giov 10,00-23,00



<http://www.palazzostrozzi.org/mostre/bellezzadivina/>



ANTONIO PANTI

È vietato parlare di eutanasia?

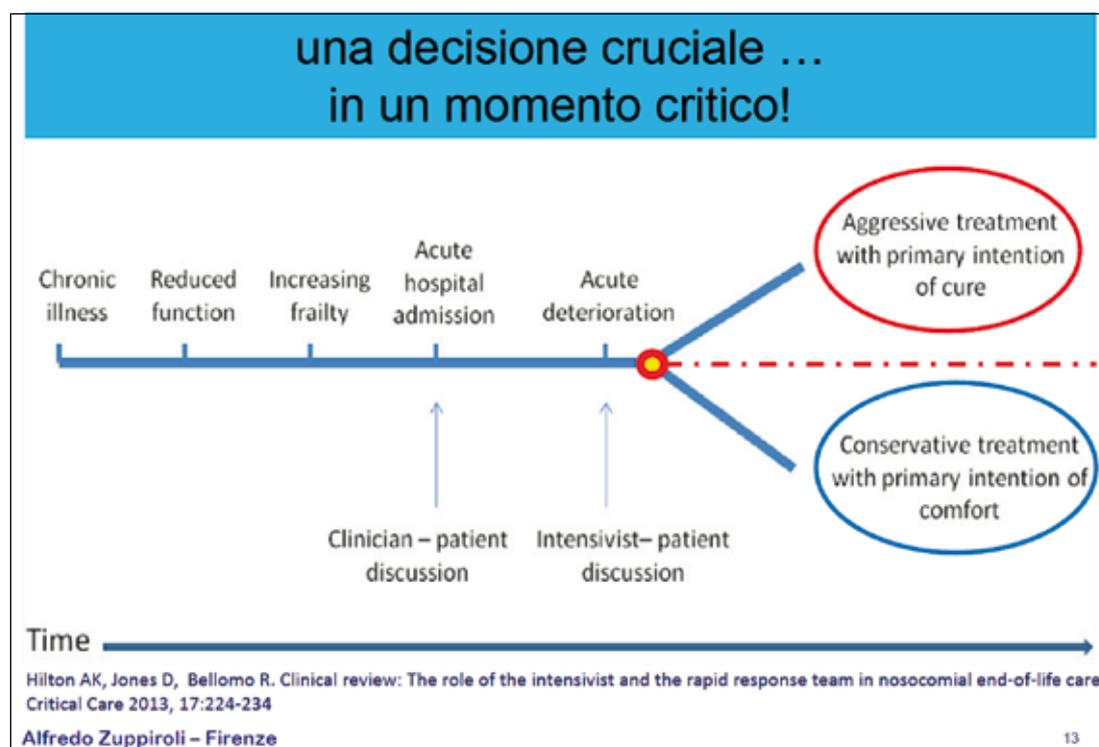
"Signore, dà a ciascuno la sua giusta morte quel morire che procede da una vita in cui ha avuto amore, conoscenza e pena".

Rainer Maria Rilke, Il libro d'ore.

Frequentemente i medici, dopo aver tentato di prolungare la vita con ogni sorta di sofisticatissimi rimedi, abbandonano il morente in qualche ambiente asettico, lontano dai suoi cari, affidato al tocco meccanico degli strumenti, collegato al mondo esterno da tubi e canule, con un atteggiamento futile vissuto dalla gente come disumano. Eppure il medico dovrebbe accompagnare la persona dalla nascita alla morte, che non è altro che la conclusione, non fallimentare ma emotivamente appagante, della relazione umana.

Il Codice Deontologico non elude il problema. Art. 16: "Il medico... non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non si si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita. Il controllo efficace del

dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato. Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte". Art. 26: "Il medico... registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione". Nell'evoluzione di molte affezioni si può individuare un livello di gravità che fa porre al medico la domanda: ti meraviglieresti se il paziente morisse entro un tempo ben definito? È la fase "end stage" delle grandi insufficienze d'organo, in cui occorre avviare un colloquio con il paziente e i familiari per pianificare le scelte di cura ed evitare inutili accanimenti e ricoveri penosi. Tutto ciò deve iniziare dalla medicina generale e non provocare smarrimento e sorpresa quando il paziente è già in terapia intensiva. La vera palliazione è la presa in carico fino dal primo incontro col medico di medicina generale, ed è tratto peculiare della medicina stabilire un processo comunicativo che modi-



fichi l'atteggiamento di tutte le persone coinvolte nell'assistenza, determinando un indirizzo clinico di continuità dinamicamente evolutiva, rispettando sempre il vissuto, le credenze, la spiritualità del paziente.

È tempo di ripensare una cultura medica fondata su cure olistiche da affiancare ai trattamenti ordinari, commisurate all'esigenze del paziente, condivisa tra tutti gli attori coinvolti. Scelte non facili verso percorsi appropriati, evitando il prevalere di quel falso senso di onnipotenza o di sconfitta che porta alla futilità terapeutica. Il Consiglio Sanitario Toscano così si è espresso con un documento (parere n. 97/14) che non potrà non influenzare la programmazione regionale. *"Questa proposta deve coinvolgere tutti gli operatori che partecipano al processo di cura nelle fasi terminali della vita, costituendo un momento di condivisione e un nuovo modo di trattare il malato insufficiente cronico, stimolando una diversa cultura decisionale e iniziando un percorso formativo che conduca a elaborare scelte non sempre facili verso percorsi più appropriati: alternativi a quelli intensivi, proporzionati alla prognosi e maggiormente finalizzati al confort del paziente, utili per la presa in carico dei suoi familiari, coerenti con i bisogni globali valutati alla luce di una prognosi realistica che tenga conto sia della clinica che della globalità della persona e delle sue preferenze, senza mai precludere nuovi orizzonti di cura in rapporto a possibili modifiche del quadro clinico e alla disponibilità di nuovi mezzi di cura".*

Anche il Policlinico Gemelli ha recentemente approvato un documento di buona prassi clinica sui pazienti affetti da SLA terminale allo scopo di *"far emergere il miglior trattamento possibile nel rispetto della persona umana nella sua integrità"*, attraverso *"piani terapeutici flessibili continuamente rimodulati sulle esigenze del paziente"*. Il diniego a manovre invasive *"può essere pienamente sostenuto da una coerente decisione medica secondo il principio della proporzionalità onde evitare eventuali forme di accanimento terapeutico"*. La questione di fondo, conclude il documento, *"riguarda la libertà delle scelte della persona rispetto all'accettare o non i trattamenti"*. *"Contra vim mortis non est medicamen in hortis"* sostiene la Scuola salernitana. Quando la medicina non modifica più il decorso naturale della malattia occorre impostare la relazione col paziente e i familiari in modo da garantire il rispetto di ciò che ciascuno considera

la sua dignità di vita.

Una recente legge francese (17/3/2015) ha ben precisato il diritto del paziente a rifiutare le cure e l'obbligo del medico di rispettarne la volontà e di alleviare la sofferenza fino alla sedazione terminale. *"Il medico pone in atto tutti i trattamenti sedativi per affrontare la sofferenza del malato terminale, anche se possono avere l'effetto di accorciare la vita"*. *"Il medico salvaguarda la dignità del morente e assicura la qualità della fine della sua vita."* Sono espressioni molto chiare.

Infine la Suprema Corte del Canada, con sentenza del febbraio di quest'anno, ha legalizzato *"the physician-assisted dying"*. La società sta cambiando, osserva la Corte, e presto l'aumento della popolazione anziana, con la conseguente incidenza di patologie croniche, porrà con forza la questione della correttezza legale e deontologica della fine della vita. Negli ultimi decenni, in alcuni paesi, questo problema è stato affrontato senza che si manifestasse il temuto *"sentiero scivoloso"*. Ormai sembra inevitabile, sostiene la Corte, considerare la morte assistita come uno standard di cura in determinate situazioni, quando la richiesta del paziente nasce da una situazione intollerabile e priva di dignità. In un articolo sul New England (28,03, 2015), dedicato a questo tema, l'autore sostiene che, *"per quanto esista tuttora un senso di repulsa nei confronti della morte provocata dal medico, l'incremento della terminalità nelle grandi insufficienze d'organo, aumenterà assai più nella società il senso di repulsa di fronte al diniego del diritto a una morte dignitosa"*.

Ormai il dibattito su questo tema investe la società in ogni parte del globo, con diversissimi accenti a seconda dell'ideologia religiosa prevalente. Il verso di Dino Campana *"il mondo grasso l'ha scomunicata e la disprezza"*, si ribalta di fronte a un rinnovato umanesimo medico e a pressanti esigenze sociali. Al di là del diritto delle persone a quella che ciascuno considera la propria dignità di vita, al di là del diritto del medico a agire secondo la sua personale coscienza, resta una questione clinica su cui meditare. L'assistenza alla morte è parte della cura del paziente? Pensiamo proprio di sì, e allora dovremmo recuperare il significato etimologico del lemma *"eutanasia"*, cioè di *"buona morte"*, fine serena e meno sofferta possibile, il che, a nostro avviso, è compito umano e professionale del medico.

TM

Toscana Medica diventa digitale!

Toscana Medica diventa digitale! Sul sito internet dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, nella pagina dedicata a Toscana Medica, sono presenti i numeri del 2015 sia in formato PDF (già disponibili da anni), sia soprattutto nel

nuovo formato sfogliabile, facilmente consultabile sia da computer che da tablet. Nei prossimi mesi Toscana Medica digitale sarà disponibile anche in versione App per smartphone in modo da consentire la massima fruibilità sui vari supporti informatici e il progressivo ab-

bandono della pubblicazione cartacea. Per rimanere aggiornati sull'uscita dei nuovi numeri digitali e ricevere ulteriori news, segnalare fin da ora la e-mail sul sito dell'Ordine dei Medici di Firenze: www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti. Buona lettura!





Simona Dei

SIMONA DEI¹, VALENTINA DINI², ALESSANDRO MUGELLI³, MAURO MUGNAI⁴,
MICHELE PELLEGRINO⁵, FRANCESCA PRIGNANO⁶, LOREDANO GIORNI⁷

Psoriasi: qualche certezza in più



Valentina Dini

TOSCANA MEDICA – *Iniziamo con un inquadramento generale della psoriasi che prenda in considerazione i molteplici aspetti che caratterizzano questa malattia conosciuta fin dall'antichità.*

PELLEGRINO – La psoriasi è una dermatosi cronica recidivante che in Italia colpisce circa 2.5 milioni di persone. Queste cifre sono più o meno le stesse che vengono descritte a livello mondiale, seppure con alcune peculiarità epidemiologiche se è vero che certe popolazioni sono praticamente esenti da questa malattia mentre altre ne sono pesantemente colpite come gli europei e gli abitanti degli Stati Uniti. Non esistono sostanziali differenze di incidenza tra maschi e femmine, mentre esistono due picchi di età ben caratterizzati, uno giovanile ed un altro in età più adulta. Una volta considerata soltanto una malattia cutanea, la psoriasi viene oggi definita come una vera e propria patologia organica sistemica, purtroppo gravata da un numero altissimo di comorbilità, tre le quali l'artrite psoriasica, il morbo di Crohn, le uveiti, le dislipidemie e l'obesità.



Alessandro Mugelli

MUGNAI – Non bisogna poi dimenticare che l'interessamento cutaneo comporta un notevole impatto psicologico che si ripercuote sull'auto-stima, sul tono dell'umore e sulla qualità della vita del paziente tale che può spesso sfociare in veri e propri quadri depressivi con importanti ripercussioni in termini di costi sia economici che sociali.

PELLEGRINO – È stato infatti dimostrato che l'incidenza delle patologie psicologiche e/o psichiatriche nel soggetto psoriasico è praticamente sovrapponibile a quella riscontrata nei pazienti neoplastici. Nel caso della psoriasi, soprattutto nelle forme più gravi, la depressione è presente in circa il 50% dei malati con un 5% di persone che addirittura arrivano a tentare il suicidio.

PRIGNANO – Recentemente è stata inoltre posta attenzione particolare al fatto che i soggetti con psoriasi presentano spesso difficoltà a descrivere verbalmente il proprio stato emotivo (alesitimia), come effettivamente si osserva, per esempio, al momento della raccolta dell'anamnesi di fronte alla formulazione di semplici domande riguardanti la vita di tutti i giorni. Vorrei

inoltre sottolineare un aspetto molto importante per tutti coloro che si occupano di psoriasi, vale a dire gli strumenti di cui oggi disponiamo per codificare i diversi livelli di gravità della malattia. Fondamentalmente esistono per questo scopo delle apposite scale di valutazione delle quali le più conosciute sono il PASI (Psoriasis Area Severity Index) ed il PGA (Physician Global Assessment), il DLQI (Dermatology Life Quality Index) ed il recente PSODISK. Il primo (PASI) dà una misurazione fisica della gravità della malattia; il secondo (PGA) attesta il giudizio del medico rispetto alla gravità di malattia, mentre il DLQI e lo PSODISK rilevano la qualità di vita dei pazienti psoriasici. I test (come il DLQI e lo PSODISK) che sono mirati sulla qualità di vita dei pazienti appaiono di fondamentale importanza per decidere la strategia di cura di ogni singolo caso, dal momento che potrebbe non esistere corrispondenza tra i valori, ad esempio del PASI (criterio essenzialmente fisico) e quello del DLQI che invece raccoglie e descrive il vissuto del malato, come il paziente percepisce la malattia.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono le attuali conoscenze sull'eziopatogenesi e la fisiopatologia della psoriasi? Partiamo dall'aspetto psicologico ricordato in precedenza: è la psoriasi che causa la depressione o nei soggetti depressi questa malattia è più frequente?*

PRIGNANO – Certamente è la psoriasi che porta alla depressione, visto che si tratta di una malattia grave, in alcuni casi gravissima che porta con sé un numero enorme di problematiche associate. Oggi è stato infatti completamente sfatato l'aforisma dei vecchi dermatologi che consideravano la psoriasi "una malattia dei sani e dei ricchi", sani perché si pensava che i soggetti colpiti non avessero altre patologie di rilievo oltre all'interessamento cutaneo, ricchi perché erano costretti a curarsi per tutta la vita con tutto quello che ne conseguiva in termini economici! Il passaggio da condizione patologica cutanea a malattia sistemica è stato possibile proprio grazie all'avanzamento degli studi sui meccanismi fisiopatologici della malattia.

Mentre in passato la psoriasi era classificata tra i disordini della iperproliferazione cheratinocitaria, oggi è stata riconosciuta in maniera incontrovertibile la sua valenza di condizione immunomediata.

¹ Direzione Sanitaria dell'Area Vasta Sud

² Ricercatore dermatologo dell'Università degli Studi di Pisa

³ Ordinario di Farmacologia dell'Università degli Studi di Firenze

PELLEGRINO – Modernamente si considera la psoriasi una malattia che vede il coinvolgimento prevalente di alcuni classi di linfociti quali il TH 1 ed il TH 17, in associazione con un eccesso di produzione di citochine come il TNF alfa e le interleuchine 12, 17 e 23. L'eziopatogenesi della malattia si considera oggi basata sui seguenti tre meccanismi di base: l'iperproliferazione dei cheratinociti, un disturbo dell'attività neoangiogenetica e le già ricordate alterazioni del sistema immunitario.

TOSCANA MEDICA – *I meccanismi eziopatogenetici adesso citati possono almeno in parte spiegare la compromissione cardiovascolare spesso presente nei pazienti psoriasici?*

PRIGNANO – La risposta è certamente affermativa, se è vero che questi soggetti presentano un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari aumentato del 2-3% rispetto ai controlli. Questa situazione correla direttamente alla durata della malattia ed alla sua gravità, particolarmente in soggetti con PASI superiore a 10.

È stato inoltre dimostrato che la somministrazione di alcuni biologici agisce anche in termini di aumento della protezione contro il rischio cardiovascolare. A questo si aggiunge il fatto che molto spesso gli psoriasici sono ipertesi, dislipidemici e con valori elevati di biomarkers come l'omocisteina, oggi considerati associati al coinvolgimento sistemico di molte condizioni patologiche.

TOSCANA MEDICA – *Dottor Mugnai, psoriasi e medicina generale.*

MUGNAI – Si tratta di una condizione estremamente complessa soprattutto per il notevole polimorfismo clinico per aspetto, estensione, distribuzione ed evoluzione delle lesioni. Si deve aggiungere poi come la psoriasi sia la manifestazione esteriore di una situazione patologica più complessa, espressione quindi della compromissione di altri organi come un'artropatia o la malattia di Crohn che necessitano il coinvolgimento di numerosi specialisti. Il medico di medicina generale può arrivare anche a sospettare la malattia al riscontro della classica lesione cutanea maculopapulo-eritematosa differenziandola dalle altre dermatiti eritemato-squamose, credo però che il suo compito principale sia quello di identificare il prima possibile le eventuali comorbidità della psoriasi come appunto il morbo di Crohn, l'iperglicemia o le altre manifestazioni dismetaboliche che dovrà comunque affrontare.

PRIGNANO – Credo che uno dei compiti più importanti del medico di base sia quello di identificare il più precocemente possibile un'eventuale psoriasi, considerando che anche le forme cutanee di apparente minore importanza possono comunque nascondere situazioni ben più gravi come ad esempio l'interessamento articolare. Il sospetto diagnostico deve ovviamente es-

sere confermato dallo specialista, però la stretta collaborazione tra medicina di base e specialistica rappresenta davvero un cardine per il corretto approccio alla cura di questi pazienti.

DEI – Confermo in pieno la visione della dott.ssa Prignano: il medico di famiglia spesso è il primo ad incontrare la persona con i sintomi della psoriasi, e soltanto coniugando la conoscenza del suo paziente con l'attenzione al quadro clinico e, non ultima, la fiducia nei colleghi specialisti può consentire una diagnosi precoce ed un decorso più controllato.

TOSCANA MEDICA – *A parte l'artrite che ovviamente necessita dell'intervento specialistico, le altre manifestazioni della psoriasi come ad esempio il diabete e l'ipertensione arteriosa devono essere considerate sindromiche della malattia di base ed affrontate in questo senso oppure possono essere gestite singolarmente dalla medicina di base?*

PELLEGRINO – Concettualmente sarebbe più indicato un approccio integrato alla malattia considerato, ad esempio, che alcuni schemi terapeutici basati sui farmaci biologici riescono a controllare sia l'aspetto cutaneo della psoriasi che quello assai importante delle sue manifestazioni artropatiche.

La comunicazione tra specialisti e medici di base rappresenta anche secondo me un aspetto di fondamentale importanza ed a questo proposito ricordo che praticamente dappertutto nella nostra Regione sono stati creati degli ambulatori dedicati alla psoriasi che possono funzionare come efficace strumento di comunicazione tra i diversi professionisti, soprattutto in termini di diagnosi precoce. Non dimentichiamo infatti che una manifestazione cutanea limitata magari soltanto alle unghie può nascondere un importante coinvolgimento articolare che peraltro può trarre notevolissimi benefici dalle terapie oggi disponibili.

DEI – L'approccio integrato di cui parla il dott. Pellegrino e la comunicazione fra medici di famiglia e specialisti possono sicuramente trovare un'ottimale realizzazione nelle Case della Salute, e cioè nei presidi sanitari territoriali dove i colleghi lavorano insieme, non soltanto condividendo la sede fisica ma scambiandosi i dati clinici dei pazienti per via informatica, accedendo ad agende dedicate, contattandosi vicendevolmente in un'alleanza professionale che più di ogni altra cosa rassicura i pazienti e li fa sentire realmente presi in carico.

TOSCANA MEDICA – *Dottorssa Dini, quale è l'evoluzione clinica della malattia?*

DINI – L'evoluzione è di fatto imprevedibile e come è stato già ricordato anche forme cutanee di lieve entità possono essere associate ad una importante compromissione articolare, con



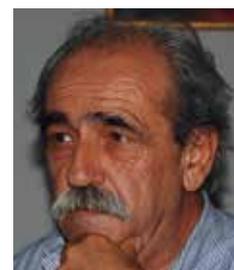
Mauro Mugnai



Michele Pellegrino



Francesca Prignano



Loredano Giorni

⁴ Medico di medicina generale a Firenze

⁵ Dirigente medico dell'UO di Dermatologia di Siena

⁶ Dirigente medico dermatologo dell'Asl di Firenze.

⁷ Già Referente Servizio Farmaceutico Regione Toscana

conseguente necessità di aggiustamenti dell'approccio terapeutico.

PRIGNANO – Esistono delle forme lievi che possono rimanere tali anche per decenni e che improvvisamente, magari per un trigger farmacologico intercorrente (farmaco antiipertensivo ad esempio), si scompensano e virano velocemente verso quadri clinici più gravi.

TOSCANA MEDICA – *Approfondiamo la questione. Una forma lieve che rimane invariata per tanti anni ed una che invece esordisce subito con un quadro clinico di notevole gravità possono fare pensare ad una diversa eziopatogenesi, magari di natura genetica oppure a fattori scatenanti diversi?*

PELLEGRINO – Esiste certamente una predisposizione genetica alla psoriasi, sottolineata tra l'altro dalla individuazione di 36 loci di suscettibilità a livello genico nei confronti della malattia.

Ci sono poi numerosissimi fattori trigger che possono scatenare il peggioramento clinico tra i quali ricordo per esempio il tabagismo, l'abuso di sostanze alcoliche, lo stress psicofisico, le infezioni intercorrenti quali il classico "mal di gola" che soprattutto nei soggetti più giovani può causare una vera e propria esplosione di una forma particolare di psoriasi, quella cioè cosiddetta guttata. Non dimentichiamo poi i trigger farmacologici come i sali di litio ed alcuni antiipertensivi.

TOSCANA MEDICA – *Quale è lo stato dell'arte della cura della psoriasi, dal medico di famiglia fino allo specialista?*

MUGNAI – Per il medico di medicina generale può risultare difficile riconoscere tutte le varie manifestazioni e il grado di severità con cui si presenta la psoriasi e il ricorso alla consulenza dermatologica rimane indispensabile. Il medico di medicina generale, soprattutto nelle forme di scarso coinvolgimento cutaneo, può iniziare una terapia locale con creme cortisoniche, mantenendo stretti contatti con gli specialisti di riferimento in caso di evoluzione del quadro clinico sia a livello locale che sistemico.

PRIGNANO – Il presupposto di un buon approccio terapeutico alla psoriasi deve necessariamente correlare con il suo grado di gravità correttamente definito dalla valutazione PASI.

La terapia topica che ricordava adesso il dottor Mugnai rappresenta ancora oggi un valido strumento di cura anche se personalmente preferisco impiegare maggiormente preparati a base di derivati della vitamina D o associazione di analoghi della vitamina D e corticosteroidi piuttosto che solo corticosteroidi.

Anche la somministrazione di queste ultime molecole per via sistemica deve essere attentamente valutata, soprattutto a causa del perico-

loso effetto rebound che molto spesso si verifica proprio nel paziente affetto da psoriasi. L'uso sistemico del cortisone è oggi accettato per lo più in caso di psoriasi cosiddetta suberitrodermica, varietà grave, facilmente scompensabile verso la forma eritrodermica che colpisce praticamente tutta la superficie corporea associata a severe forme di rapido e pericoloso disequilibrio idroelettrolitico.

Ancora oggi risultati soddisfacenti si possono ottenere con la fototerapia, solitamente UVB a banda stretta, estesa a tutto il corpo o mirata su aree specifiche, a seconda della localizzazione della malattia, con l'aiuto di particolari dispositivi come, per esempio, gli appositi caschi per il trattamento delle forme più severe localizzate al cuoio capelluto oppure con laser a eccimeri in aree limitate o su placche particolarmente resistenti. Da considerare tuttavia che non tutti gli psoriasici rispondono alla fototerapia.

Esistono poi schemi di cura basati sulla somministrazione per via sistemica di molecole ormai "tradizionali" come il metotrexate, la ciclosporina e l'acitretina. La scelta di questi farmaci dipende dalla forma da trattare e dalle eventuali comorbidità associate: ad esempio ad un iperteso o ad un artropatico grave non potrà essere prescritta la ciclosporina, mentre l'impiego del metotrexate è controindicato in caso di insufficienza epatica o renale. L'acitretina appare particolarmente utile in alcune forme di psoriasi quali la palmo-plantare e la pustolosa.

Si tratta in ogni caso di farmaci con importante azione immunosoppressiva la cui assunzione richiede pertanto un rigoroso follow-up sia clinico che laboratoristico.

TOSCANA MEDICA – *I risultati terapeutici che otteniamo con i farmaci impiegati prima dell'avvento dei cosiddetti biologici hanno davvero un razionale scientifico, basato essenzialmente sul PASI come abbiamo sentito, oppure ancora oggi resiste l'idea imperante fino a qualche decennio fa per la quale le terapie dermatologiche sono in fondo tutte più o meno empiriche?*

PRIGNANO – Lunghi dal pensare che si tratti di empirismo basato su una serendipity, vorrei ricordare che le terapie dermatologiche sono assolutamente ragionate e fondate su dati oggettivi provenienti dall'EBM: non per niente in ogni paziente affetto da qualsiasi forma di psoriasi la valutazione PASI costituisce presupposto indispensabile per la programmazione del percorso di cura.

DINI – Ad onore del vero bisogna riconoscere che in questi ultimi anni siamo arrivati alla conclusione che per quantificare la gravità di un quadro psoriasico il solo PASI non sia probabilmente sufficiente. Per questo gli sono state affiancate altre metodiche di valutazione quali quelle basate sul livello di qualità della vita dei malati.

PELLEGRINO – Oltre ad impiegare degli schemi di terapia assolutamente ragionati, come diceva la dott.ssa Prignano, ricordo che questi malati sono seguiti in maniera globale, dal momento della raccolta anamnestica a quello della valutazione dell'efficacia delle cure, al momento dei vari step programmati per i follow-up. E questo è a maggior ragione vero quando si prescrivono i farmaci biologici il cui impiego richiede una sorveglianza clinica e laboratoristica ancora più attenta. Non per niente l'efalizumab è stato ritirato dal commercio a causa dell'insorgenza di alcuni casi di leucoencefalite connessi al suo impiego.

PRIGNANO – Però l'efalizumab è stato ritirato dal commercio solo in Italia, mentre in altri Paesi europei e negli Stati Uniti viene ancora regolarmente prescritto!

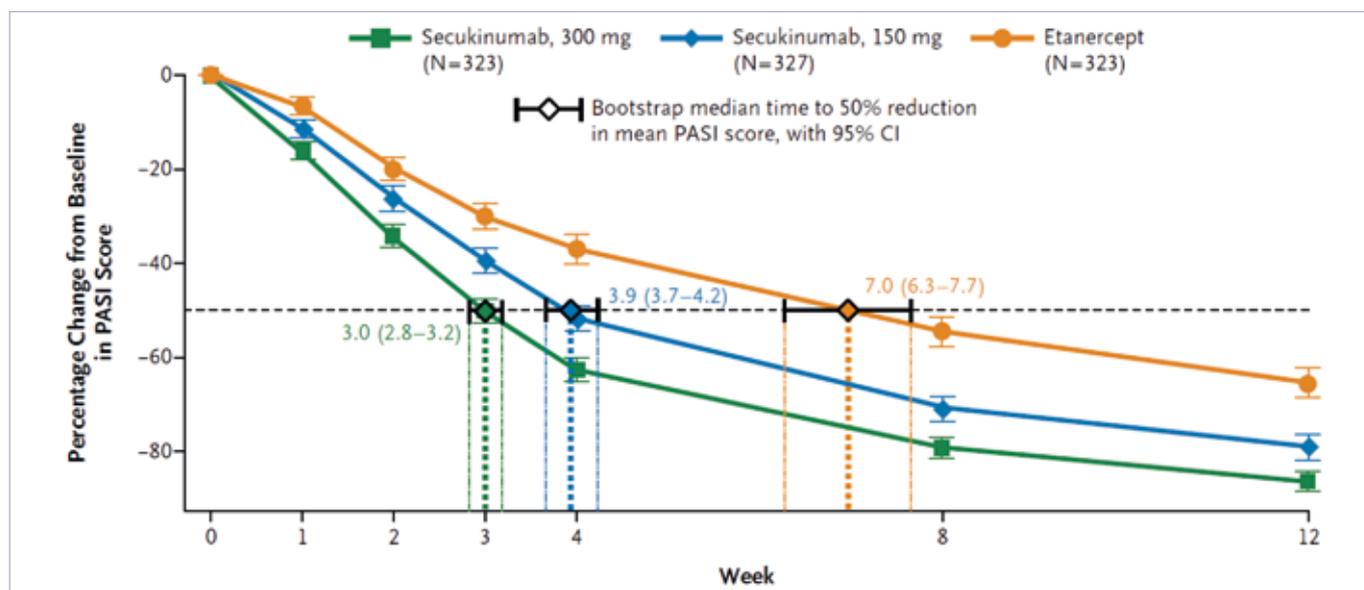
MUGNAI – Molti delle considerazioni che sono state fatte fino ad ora in tema di terapia spesso si ripercuotono a livello di medicina generale, soprattutto per quanto riguarda l'aderenza alle terapie in caso di importanti comorbidità associate alla psoriasi. Infatti spesso accade che i pazienti, nel periodo di relativo benessere, tendano ad abbandonare spontaneamente le cure prescritte e questo fenomeno viene conosciuto in particolare dai medici di medicina generale che sono i prescrittori di molti farmaci consigliati dallo specialista. Il fenomeno dell'abbandono delle cure è relativamente evidente proprio nel caso della psoriasi, con i malati che sospendono *motu proprio* la terapia in caso di relativo, temporaneo miglioramento della sintomatologia a livello cutaneo.

PRIGNANO – Quello che ha detto ora il dottor Mugnai è profondamente vero. Lo psoriasico infatti generalmente ha una tendenza altissima ad

abbandonare le cure che non lo soddisfano dal punto di vista "estetico" in tempi brevi oppure che gli causano effetti collaterali più o meno accettati. Non dimentichiamo che si tratta spesso di soggetti che hanno per anni seguito schemi di terapia diversi e più o meno efficaci e che in qualche maniera provano insofferenza verso tutti quei risultati clinici che non rispondono alle loro pur legittime aspettative. Non per niente è stato dimostrato che l'aderenza terapeutica nella psoriasi è molto più alta nei soggetti che ricevono farmaci biologici (i cui effetti terapeutici positivi si vedono nel giro di pochissimo tempo) rispetto ai pazienti che assumono farmaci per così dire "tradizionali".

DINI – La questione dell'aderenza terapeutica molto risente anche del rapporto che il paziente riesce ad instaurare con il proprio curante. Lo psoriasico per lo più ha la necessità di rapportarsi sempre con lo stesso medico o la stessa équipe, da cui la necessità di potere disporre di ambulatori dedicati dove lavorano nei limiti del possibile sempre gli stessi specialisti, in stretta collaborazione con i medici di base.

DEI – In Toscana, per altro, da anni abbiamo attivato con la medicina di famiglia un approccio specifico nei confronti delle malattie croniche, la sanità di iniziativa, finalizzata a individuare pazienti con malattie croniche e seguirli attraverso un follow up continuo e periodico, effettuato dall'équipe medico infermieristica. Questo percorso di cura consente così al medico di famiglia di tenere sotto stretto controllo il decorso clinico evitando riacutizzazioni ed evoluzioni peggiorative e all'infermiere di sostenere il malato verso stili di vita idonei, attenzione alla terapia, fino a diventare il primo curante di se stesso. Potremmo pensare di estendere, naturalmente in stretta collaborazione con la rete specialistica, la



Velocità di risposta dei pazienti arruolati nello studio FIXTURE (NEJM July 24, 2014) valutata come tempo necessario ad ottenere una risposta pari al 50% del punteggio PASI iniziale.

sanità di iniziativa anche alla malattia psoriasica.

TOSCANA MEDICA – *Affrontiamo il tema della sostenibilità delle cure. I soggetti che hanno forme gravi di psoriasi e che quindi necessitano di cure a base di ciclosporina, acitretina o metotrexate che percentuale rappresentano all'interno di quei 2.500.000 psoriasici contati in Italia dei quali parlavamo all'inizio della nostra discussione?*

PELLEGRINO – La percentuale si attesta intorno al 10% di pazienti che necessitano di terapie con farmaci biologici e di un altro 10% che richiede farmaci tradizionali per via sistemica. Ovviamente il criterio di qualsiasi scelta terapeutica è la gravità del quadro clinico complessivo di ogni singolo malato.

TOSCANA MEDICA – *Anche la Regione Toscana ha prodotto degli algoritmi per la cura della psoriasi che in sostanza prevedono una progressione verso il farmaco biologico in relazione alla gravità del quadro clinico. Si tratta di una impostazione condivisibile?*

PRIGNANO – In linea di massima si può dire che se un paziente risponde bene ad un farmaco "tradizionale" per via sistemica, è verosimile che ci si possa aspettare un lungo periodo senza alcuna necessità di dovere modificare la terapia.

Se invece in casi di maggiore gravità non si ha risposta soddisfacente all'impiego di acitre-

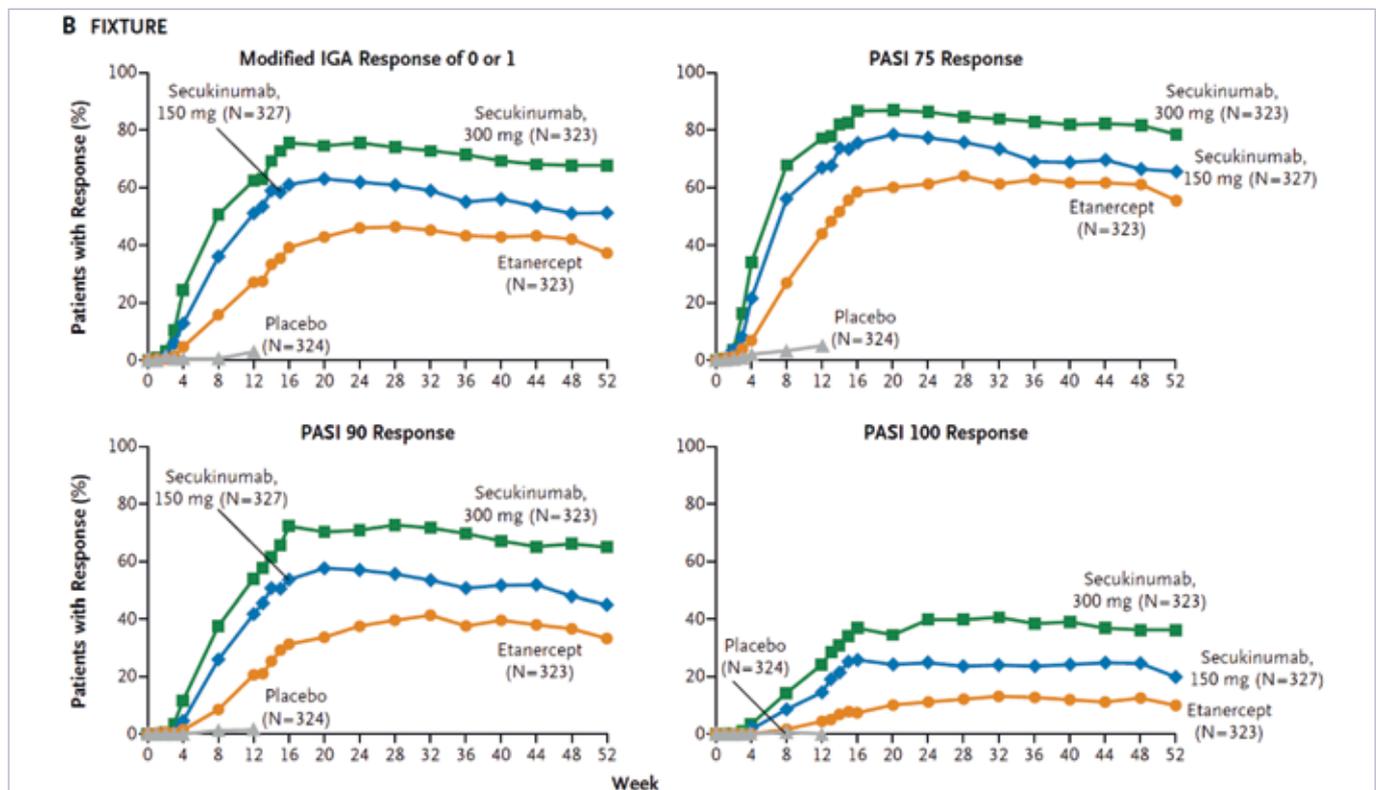
tina o metotrexate o ciclosporina (magari anche in associazione), il passaggio all'anti-TNF alfa o ad altri biologici appare inevitabile. Il ricorso al biologico è indicato anche in caso di comorbilità importanti che controindichino l'assunzione delle molecole tradizionali adesso ricordate.

Non bisogna peraltro dimenticare che la risposta terapeutica dei pazienti psoriasici è quanto mai variabile, arrivando in alcuni casi allo switch verso un altro biologico dopo che quello di prima scelta si era rivelato scarsamente utile.

PELLEGRINO – Per quanto riguarda i farmaci di più moderna concezione quelli oggi disponibili sono etanercept ed adalimumab (entrambi con azione anti-TNF alfa) ed ustekinumab, molecola in grado di bloccare l'interleuchina 12 e 23. Ulteriori farmaci dotati di azione simile, attivi in particolare contro l'interleuchina 17 (secukinumab e ixekizumab), saranno presto disponibili sul mercato.

DINI – Un vantaggio enorme di tutti i farmaci adesso ricordati dal dottor Pellegrino è quello di potere venire somministrati per via sottocutanea e quindi di essere facilmente gestibili dal paziente stesso una volta adeguatamente formato. Esiste poi infliximab che necessita di somministrazione endovenosa da effettuare in ospedale ma non in regime di ricovero.

MUGELLI – È auspicabile che le nuove opzioni terapeutiche possano innalzare il PASI fino al va-



Efficacia del trattamento con secukinumab (150 o 300 mg) in confronto a etanercept nello studio Fixture.

Nella figura viene mostrata la proporzione dei pazienti che raggiunge l'end-point prespecificato (IGA: valutazione globale dell'investigatore) ad ogni visita per 52 settimane.

lore di 90 il che significa che la situazione dopo la cura migliora del 90% rispetto al periodo precedente, superando quel valore di 75 che oggi viene considerato un risultato estremamente soddisfacente.

PRIGNANO – Un PASI 90 o addirittura 100 (il che significherebbe la scomparsa della malattia cutanea) sono al momento obiettivi ancora da identificare correttamente. Quello che già adesso si può affermare è che le possibilità di cura di cui oggi disponiamo si sono rivelate in grado di ridurre in maniera significativa alcune comorbidità connesse alla psoriasi. Certamente il traguardo PASI 90 o 100 rappresenta ad oggi una vera e propria sfida, in particolare quando si parla di molecole come le antiinterleuchina-17 che all'efficacia contro la psoriasi uniscono anche un ruolo importante nella maggior parte delle malattie immunomediate.

GIORNI – Alcuni considerazioni di carattere economico, tenendo presente la questione fondamentale della sostenibilità del sistema sanitario di fronte all'avanzare delle nuove molecole. Per quanto riguarda infliximab, i circa 9 milioni di Euro spesi in Toscana nel 2014 verranno ridotti della metà grazie al ricorso al biosimilare recentemente apparso sul mercato e lo stesso discorso può essere fatto per quanto riguarda il generico della ciclosporina. Purtroppo però anche nella nostra Regione alcuni specialisti non si trovano d'accordo su questi shift farmacologici e tendono talvolta a coinvolgere i pazienti in vere e proprie manifestazioni di protesta. Una simile situazione, alla ricerca di soluzioni più o meno condivisibili, causa il coinvolgimento inevitabile della politica o della magistratura, finendo per privare i medici della loro fondamentale azione decisionale.

TOSCANA MEDICA – *Tre domande in rapida successione. La prima: vale effettivamente la pena ricorrere ai nuovi farmaci perché, anche se costosi, funzionano meglio dei "vecchi"? La seconda: come si fa a definire con esattezza il loro reale target di impiego? Terza: quale è la valutazione dello shift verso i biosimilari/generici che anche per queste nuove molecole inizia a manifestarsi?*

PELLEGRINO – Se il ricorso al biosimilare riesce a ridurre le spese, in linea di massima non vedo perché non si debba ricorrervi, seppure con qualche riserva visto che, tanto per fare un esempio, il biosimilare di infliximab è stato tecnicamente studiato nell'artrite reumatoide e non nella psoriasi. Per estrapolazione si potrebbe pensare che se funziona in un caso verosimilmente dovreb-

be funzionare anche nell'altro, però credo che in questo campo una minore approssimazione sarebbe veramente molto utile. Tra l'altro è lecito sospettare che i pazienti che assumono da anni la molecola originale potrebbero non trarre lo stesso beneficio clinico da quella biosimilare o generica, problema che ovviamente non sussiste in quei soggetti che devono iniziare ex novo una terapia con queste classi di farmaci.

PRIGNANO – Pur comprendendo le esigenze di contenimento dei costi, anche io non mi sento in tutta sincerità completamente serena dovendo prescrivere il bioequivalente. In questo senso facendo parte di un gruppo di studio internazionale che si occupa tra l'altro di queste tematiche, sottopongo i miei pazienti ad uno stretto monitoraggio sia clinico che laboratoristico, ad esempio dosando nel tempo gli anticorpi antifarmaco nei soggetti che assumono farmaci biologici e bioequivalenti.

Credo pertanto che ulteriori sperimentazioni in questo settore siano davvero indispensabili.

GIORNI – Tra l'altro qualche perplessità, parlando di efficacia dei biosimilari rispetto agli originali, potrebbe derivare anche dalla considerazione che i differenti lotti di una medesima molecola potrebbero non essere perfettamente sovrapponibili.

MUGELLI – Per spezzare una lancia a favore dei biosimilari, ricordo che queste molecole prima dell'immissione in commercio seguono un percorso ben codificato che si chiama Comparability Exercise (Figura 1) che valuta tra l'altro l'immunogenicità della molecola in esame. Personalmente credo che un biosimilare che abbia avuto il via libera dalle autorità di controllo nazionali ed internazionali debba essere considerato assolutamente sovrapponibile all'originale.

GIORNI – Alcune considerazioni. Appare sempre più indispensabile identificare gli ambiti ed i mezzi con i quali trovare le risorse per le nuove molecole. In questo senso credo che anche le industrie farmaceutiche, che pure sono enti alla ricerca di un profitto e non certo istituzioni di carità, debbano fare qualche sforzo per rivedere complessivamente il sistema delle coperture brevettuali che consentono loro, oltre che di guadagnare, anche di rientrare dalle spese sostenute dallo studio, produzione ed immissione in commercio di un determinato prodotto.

Un'altra considerazione riguarda i rapporti dei medici con i propri pazienti, visto che oggi appare poco sostenibile l'idea che un malato debba necessariamente essere "accontentato" e continuare ad usare un certo farmaco di proprio

Farmaci Biotecnologici utilizzati nel trattamento della psoriasi a placche e loro bersaglio molecolare	
infliximab, etanercept, adalimumab	Anti TNF
ustekinumab	Anti IL 12/23
secukinumab	Anti IL 17 (approvato da EMA, non ancora in commercio in Italia)

gradimento rifiutandosi di riceverne il biosimilare/generico. Per questo credo che debba anche venire rivisto il ruolo delle numerosissime associazioni di malati che talvolta sembrano portare avanti battaglie di dubbia trasparenza.

Mi domando poi come mai in Germania l'utilizzo dei farmaci generici raggiunga la percentuale dell'80% mentre in Regioni come la Basilicata o la Puglia si arrivi a mala pena all'1-2% di uso di farmaci unbranded.

Concludo ricordando che sono assolutamente d'accordo sul fatto che i tagli alle spese sanitarie non debbano essere portati avanti con l'accetta e che la libertà decisionale dei medici debba sempre e comunque essere garantita.

TOSCANA MEDICA – *Il miglioramento del PASI certamente può essere ottenuto con almeno due molecole anti TNF alfa attualmente disponibili, mentre una terza ancora non è disponibile sul mercato. Nel primo caso si pone la questione del biosimilare inserita nel contesto più ampio dell'efficacia della cura e della sostenibilità economica del sistema. Nel caso del nuovo farmaco questo problema non esiste perché ovviamente coperto dalla protezione brevettuale. Quest'ultima molecola sarebbe comunque in grado di garantire un miglioramento terapeutico significativo?*

MUGELLI – La molecola in questione è secukinumab che ha ottenuto da pochi mesi il via libera delle autorità regolatorie europee. Si tratta di un farmaco che ha dimostrato migliore efficacia rispetto sia ad etanercept (anti TNF alfa) che agli antagonisti delle interleuchine 12 e 23. A questi risultati si associa poi un incremento notevolissimo

del PASI che raggiunge in alcuni casi addirittura il valore di 100, il che significa in pratica la scomparsa delle manifestazioni cutanee della psoriasi. Ovviamente tutto questo si traduce in un aumento di salute ed in un importante valore aggiunto rispetto alle preesistenti opzioni di cura.

Adesso si tratta di capire quale debba il suo ruolo nell'iter terapeutico della malattia, se cioè secukinumab debba essere considerato farmaco di prima scelta oppure destinato a quei malati che abbiano visto fallire i trattamenti con le molecole di meno recente impiego. Credo che un notevole risparmio potrebbe derivare da un sempre più diffuso e consapevole uso dei biosimilari.

PRIGNANO – Sono completamente d'accordo e ricordo che negli studi ad oggi pubblicati secukinumab ha presentato un profilo di sicurezza superiore a quello di altri biologici fino ad ora in uso senza note segnalazione di eventi avversi severi.

PELLEGRINO – Sempre per rimanere in tema di costi vorrei sottolineare che la sicurezza d'uso di secukinumab dovrebbe tradursi in una riduzione delle spese legate al follow-up clinico – laboratoristico dei pazienti che assumono tale farmaco biologico.

MUGELLI – Dopo la indubbia efficacia sulle manifestazioni cutanee, resta adesso da valutare se secukinumab abbia un effetto altrettanto positivo sulle comorbidità associate alla psoriasi, in primo luogo quelle di natura cardiovascolare.

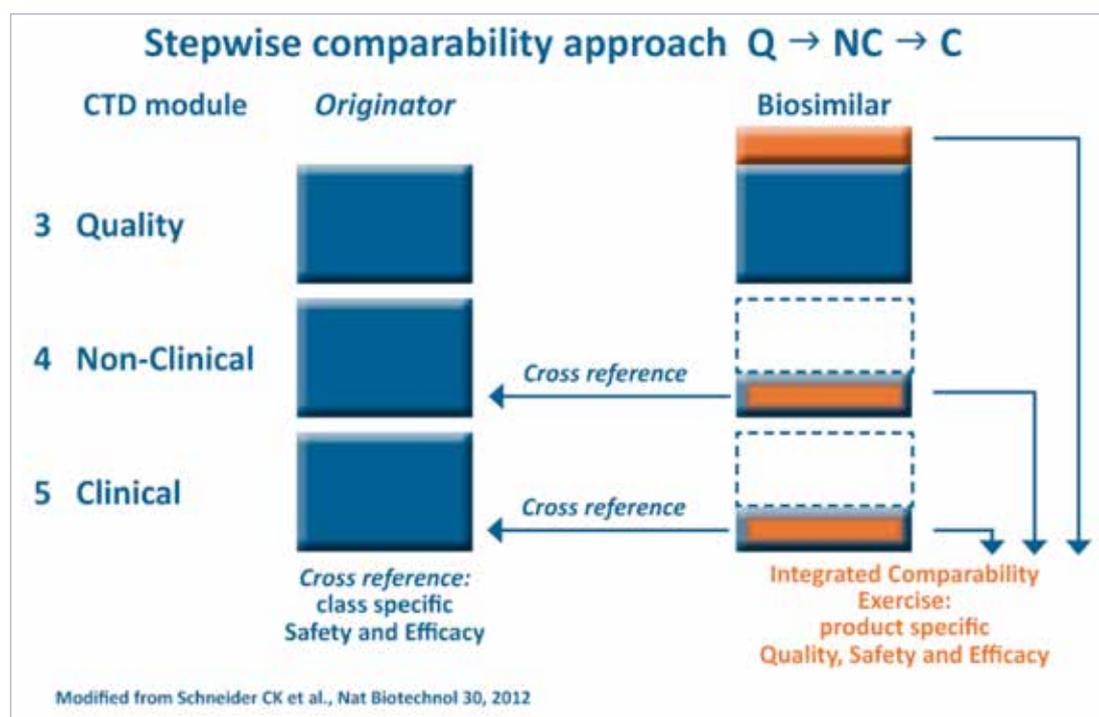


Figura 1

DEI – Sicuramente una nuova molecola che si presenta come più sicura offre opportunità terapeutiche superiori, ma trovo difficile confrontare il numero di segnalazioni avverse fra un farmaco utilizzato ormai da anni ed uno in commercio da pochi mesi. Ecco perché nella scelta terapeutica credo che debbano essere sempre contemplate

sia l'attenzione alla ricerca e ai miglioramenti effettivi sulle molecole, sia la certezza dei risultati di farmaci di comprovata efficacia: sta poi al medico seguire il malato e compiere le scelte terapeutiche migliori nei vari stadi della patologia, utilizzando armi adeguate, e mai esagerate, alla battaglia in corso.

ANTONIO PANTI

Psoriasi: nuove terapie migliori e costose

La psoriasi è una patologia diffusa, si calcola che ne soffrano oltre 2 milioni di persone nel nostro Paese, ed estremamente polimorfa perché si presenta per lo più in forme lievi facilmente aggredibili ma può attraverso forme moderate-gravi, sfociare in situazioni veramente impegnative., spesso correlate con affezioni generalizzate quali la più frequente artrite psoriasica oppure il morbo di Chron oppure forme dismetaboliche o cardiovascolari. In questi casi i costi sono elevati sia per le terapie sia sul piano umano, pensiamo ad una psoriasi delle unghie o della mani o comunque che crei problemi estetici.

Da qui la depressione psoriasica che può sfociare in forme di vera e propria alessitimia. Oggi esistono diversi indici oggettivi di gravità di cui il più usato è il PASI che esprime oggettivamente l'estensione e l'impegno del caso. Quindi ci troviamo di fronte ad una complessa malattia sistemica, che pone anche nelle sue forme più lievi affrontabili dal medico di medicina generale problemi di diagnosi differenziale per cui è opportuna almeno una consulenza specialistica iniziale.

È evidente che i casi più gravi e complessi dovranno essere trattati da un vero team multidisciplinare perché si tratta in definitiva di una situazione sindromica dall'evoluzione imprevedibile. I casi gravi si calcola che rappresentino il 10% del totale e possono essere legati a fattori genetici oppure al tabagismo all'alcolismo, allo stress, a varie infezioni e all'uso di alcuni farmaci.

In questo caso polimorfo la terapia ha una sua scalarità dai topici di prima istanza (a base di steroidi o vitamina d) alla fototerapia ancora importante, all'uso, nei casi più gravi di farmaci sistemici, il metrotrexate, la ciclosporina e la

acitretina in particolare nelle forme pustolose.

I risultati della cura sono oggettivamente mediante l'uso del PASI. Come sempre accade nelle forme croniche recidivante la compliance del paziente è abbastanza instabile. Il malato cessa di curarsi perché sta bene o perché ha effetti collaterali o perché la cura non funziona. Ecco perché nelle forme moderate gravi o in quelle francamente importanti ormai si ricorre ai nuovi farmaci biologici che in certi casi possono essere usati come farmaci di prima linea e il cui obiettivo è quello della riduzione del 75% dell'impegno cutaneo. Ovviamente l'uso di questi farmaci è prevalente nei non responders oppure nei soggetti affetti da molteplici comorbidità. Nella psoriasi si usano prevalentemente tre tipi di anti TNF alfa che non sono uguali tra di loro e quindi esigono una accurata selezione secondo l'obiettivo terapeutico.

Pesto sarà introdotto in commercio un nuovo farmaco, più comodo per la somministrazione orale e che sembra giungere a risultati migliori fino al 100% di guarigione cutanea. Un farmaco dagli scarsissimi effetti collaterali, attivo nelle forme immunomediate. A questo punto occorrerà definire un percorso terapeutico preciso e un target ben individuato. È evidente che in questo come in tutti i settori della medicina, i farmaci innovativi devono rispondere al criterio di offrire migliori risultati e di essere confermati da precisi studi, in particolare via via che entrano in campo i bioequivalenti. Ma compito del medico è privilegiare la chimica ma contribuire a garantire l'equità del servizio sanitario attraverso l'appropriatezza prescrittiva che sia garante anche della sostenibilità del sistema.

TM

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



Milena Vainieri, PhD in Management, è ricercatrice in Economia e gestione delle imprese nella Scuola Superiore Sant'Anna di Pi. Dal 2003 svolge attività di ricerca C/O il Laboratorio Management e Sanità dell'IsT. di Management, sui temi della misurazione e valutazione della performance nei servizi sanitari, i meccanismi di incentivazione con un focus particolare al tema dell'efficienza. Dal 2015 coordina il sistema di valutazione della performance della sanità Toscana e le analisi di clima organizzativo nelle Regioni che aderiscono al network del sistema di valutazione della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

MILENA VAINIERI, ELISABETTA FLORE¹, RICCARDO TARTAGLIA², TOMMASO BELLANDI²

Quanto costa l'assicurazione

Finalmente qualche dato in un mondo pieno di ombre

Negli ultimi vent'anni si è assistito a un notevole incremento del numero di richieste di risarcimento danni connesse all'attività sanitaria e dell'ammontare liquidato per tali tipologie di sinistri, che recentemente paiono essersi stabilizzati. I costi crescenti, che hanno determinato degli squilibri nel mercato assicurativo, con conseguenti aumenti nei premi e l'applicazione di sempre più elevate franchigie, da un lato, dall'altro lato la maggiore attenzione delle Regioni verso la sicurezza dei pazienti, hanno portato, in varie aziende sanitarie italiane, alla sperimentazione di nuove modalità di gestione del rischio, sia da un punto di vista organizzativo che amministrativo, avendo riguardo alla diretta presa in carico e al pagamento delle richieste di risarcimento danni da responsabilità sanitaria con proprie risorse.

Analizzando il contesto nazionale, emergono tre modelli principali nella gestione dei sinistri a carico degli erogatori pubblici di servizi sanitari:

1. gestione assicurativa → copertura assicurativa con nessuna o minima franchigia
2. gestione diretta → nessuna copertura assicurativa
3. gestione mista → polizze assicurative con franchigia per sinistro o aggregata elevata

Ciascuno di questi modelli può essere attuato e organizzato a livello aziendale (o inter-aziendale) ovvero a livello centrale (Regione – Assessorato alla Salute).

A dicembre 2013, con qualche aggiornamento relativo alla prima metà del 2014, è stato condotto uno studio che mostra la più recente evoluzione della gestione dei sinistri in sanità, fornendo anche prime valutazioni sull'impatto economico dei diversi modelli applicati sul territorio nazionale al fine di stimare quale modello possa garantire un miglior controllo dei costi di gestione dei sinistri. Dallo studio, i cui risultati possono essere consultati nell'articolo apparso sul numero 92 di *Mecosan*, emerge che: fino al 2013, solo due Regioni (Liguria e Toscana) hanno adottato a regime una gestione diretta, con internalizzazione delle varie fasi di gestione dei sinistri, che vengono pagati con specifici accantonamenti gravanti sul Fondo Sanitario Regionale. Tre Regioni (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte) hanno adottato a regime un modello misto, che prevede l'utilizzo di polizze assicurative contrattate prevalentemente a

livello centralizzato e solo per i cosiddetti "eventi catastrofali", con franchigie per sinistro elevate (500.000 euro). Le restanti Regioni adottano ancora un modello assicurativo come riportato nella Tabella 1. Tuttavia si nota che vi è una recente, più rapida, evoluzione dalla tradizionale gestione assicurativa su base aziendale verso modelli misti o a gestione diretta. Dal 2013 si respira un gran fermento sulla questione: in alcune Regioni sono state attivate sperimentazioni con franchigie per sinistro elevate o gestione diretta in singole Aziende (Abruzzo, Campania, Sardegna), altre Regioni hanno ulteriormente rafforzato la gestione diretta centralizzata (Emilia Romagna, Umbria) o vi sono approdate per recenti vicissitudini contrattuali con le Assicurazioni (Sicilia). In particolare, come si nota dalla tabella che riassume i modelli applicati nelle Regioni, l'evoluzione spesso non è regolata o gestita a livello regionale. Infatti le esperienze in corso a livello aziendale e regionale nei tre modelli gestionali individuati, mettono in evidenza la prevalenza del modello assicurativo tradizionale su base aziendale e numerosi casi di sperimentazioni aziendali di gestione mista e diretta.

Cosa comporta il passaggio ad una gestione diretta o mista in termini economici?

Sicuramente un risultato atteso connesso al passaggio verso una gestione mista o diretta è la riduzione del premio versato che dovrebbe azzerarsi nel caso di un modello a gestione diretta completo. Con il modello a gestione diretta, infatti, le Aziende Sanitarie non pagano più premi alle Compagnie in quanto la gestione del rischio e dei risarcimenti viene effettuata direttamente dal livello regionale o aziendale.

La Figura 1 mostra la distribuzione del costo dei premi per ricovero. Il modello assicurativo, che è quello più ricorrente negli anni considerati per le valutazioni sui costi (2007-2010), presenta la variabilità maggiore: mediamente negli anni i premi versati dalle Regioni che hanno adottato un modello assicurativo varia fra 20 e 90 euro a ricovero. Le Regioni che hanno optato per un modello misto sostengono dei costi dei premi per ricovero fra 20 e 60 euro. Quindi si riscontra un'effettiva riduzione dei costi sostenuti mediamente dalle Regioni con un modello misto. Il fenomeno è più evidente (come ci si aspettava) nel caso del passaggio ad una gestione diretta dove i premi assicurativi ver-

¹ Centro GRC Regione Toscana e Scuola Superiore Sant'Anna

² Centro GRC Regione Toscana

Tabella 1

Regione o Provincia Autonoma	Gestione assicurativa		Gestione mista (franchigia)		Gestione diretta	
	Aziendale	Centralizzata	Aziendale	Centralizzata	Aziendale	Centralizzata
Abruzzo	X		* dal 2013			
Basilicata	X				* dal 2012	
Bolzano		X dal 2010				
Calabria	X					
Campania			X		* dal 2013	
Emilia Romagna			X dal 2013	X dal 2013	X dal 2014	X dal 2014
Friuli Venezia Giulia				X dal 2006		
Lazio	X		X		X	
Liguria					X	
Lombardia		X dal 2012				
Marche			X		* dal 2009	
Molise			X dal 2010			
Piemonte				X dal 2006		
Puglia	X					
Sardegna	X				* dal 2013	
Sicilia	X fino I^ metà 2013			X fino I^ metà 2014		* da II^ metà 2014
Toscana						X dal 2010
Trento				X		
Umbria			X dal 2007	* dal 2013		
Valle d'Aosta				X		
Veneto	X		* dal 2013			

sati dalle Regioni sono inferiori ai 20 euro.

Ma cosa succede a livello complessivo? Se consideriamo non solo il costo dei premi ma anche le spese legali la convenienza economica è confermata?

Alcune prime osservazioni possono essere fatte usando i dati dei conti economici. Considerando i costi dei premi e delle spese legali sostenute dalle Regioni in media fra il 2007 e 2010 emerge che la distinzione fra il modello assicurativo e quello a gestione diretta si è attenuata e la variabilità dei costi per ricovero sostenuti dalle Regioni che adottano il modello assicurativo è contenuta. Si può altresì notare che la gestione diretta richiede quasi sempre meno di 100 euro a ricovero, la mediana si attesta attorno a 67 euro contro i 76 euro della gestione assicurativa. Molto variabile, invece, appare la situazione dei modelli misti in cui la mediana si attesta intorno ai 106 euro per ricovero.

Dai dati dei conti economici, quindi, emerge che il modello a gestione diretta riesca a contenere i costi dei premi (presupposto del modello che, ap-

punto, mira all'eliminazione del premio) ma anche le spese legali. Ad ogni modo, queste considerazioni si basano sulla sperimentazione effettuata in poche Regioni. Per avere risultati più certi relativi al modello è necessario ripetere l'analisi considerando le esperienze più recenti effettuate a livello aziendale e regionale.

In generale, il modello misto, che prevede oltre al premio anche l'introduzione di una franchigia (peraltro di ammontare sempre più consistente per ciascun sinistro), sembra non essere una scelta vincente rispetto al modello assicurativo (solo premio o con franchigia minima) in termini di riduzione dei costi. Se da un lato, infatti, la franchigia può contenere il costo dei premi rispetto al modello tradizionale-assicurativo (come emerge nel modello 1, pur in assenza di un effetto statisticamente significativo), dall'altro lato può portare ad un aumento complessivo dei costi di gestione. Una strategia efficace sembra, invece, essere la gestione accentrata: che sia mista, assicurativa o diretta, si rileva un effetto di riduzione dei costi

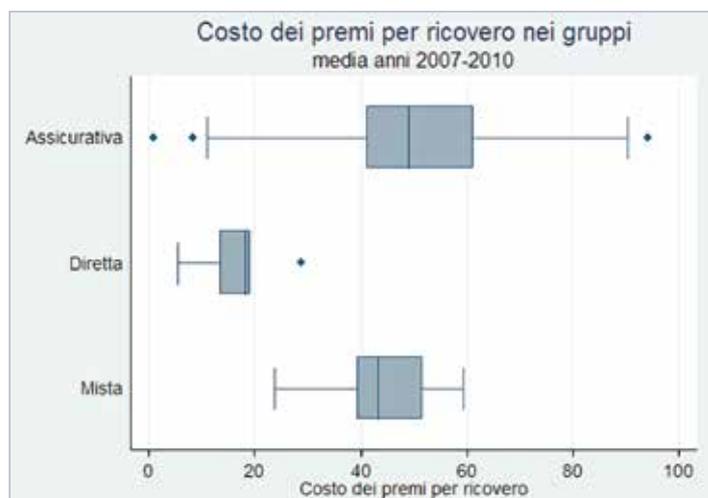
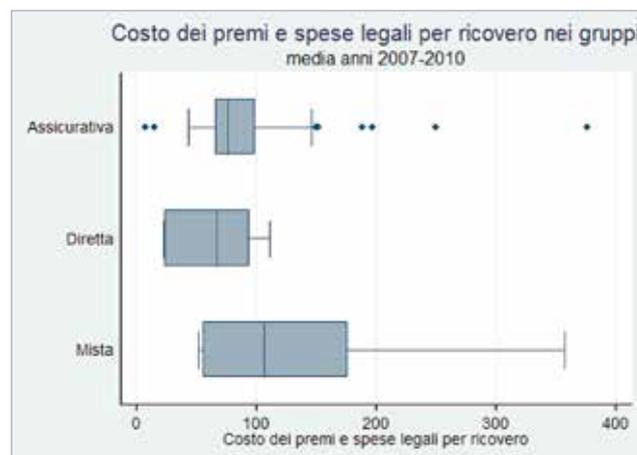


Figura 1 - Costo dei premi per ricovero nei tre modelli di gestione.

Figura 2 - Costo dei premi e spese legali per ricovero nei tre modelli di gestione.



complessivi. Questa evidenza è interessante, vista la tendenza a sperimentazioni intra-regionali di singole Aziende Sanitarie.

E se si considerassero anche i costi dei risarcimenti? Questa è la domanda che potrebbe chiudere il cerchio relativamente alla convenienza economica dei tre modelli.

Attualmente non sono disponibili dati affidabili e confrontabili fra le Regioni. Tali informazioni potrebbero essere disponibili una volta entrato a regime l'“Osservatorio nazionale sui Sinistri e Polizze Assicurative” contenente i dati relativi agli Eventi Sentinella che integrerà nel SIMES - Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità - i dati dei sinistri, al fine di riequilibrare l'asimmetria informativa che ancora caratterizza il settore dei sinistri in sanità.

Ad ogni modo il modello di gestione del rischio

non dovrebbe fermarsi esclusivamente alla scelta di gestione dei sinistri. L'azione migliore per contenere i costi di gestione del rischio è: ridurre il rischio! Infatti numerosi possono essere i costi indiretti legati alla gestione del rischio come ad esempio i costi imputabili alla cosiddetta medicina difensiva, costi per stress degli operatori, ecc.. Una migliore gestione degli eventi avversi, mira a una riduzione degli stessi e, sul lato dei costi, a minori richieste di risarcimento (riduzione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale) e, quindi, minori esborsi (anche relativi alla cosiddetta medicina difensiva). Pertanto la gestione dei sinistri migliore è quella che considera ed integra tutte le possibili leve gestionali ed organizzative al fine di ridurre i costi diretti ed indiretti degli eventi avversi in sanità.

TM

Info: floree@aou-careggi.toscana.it

ALESSANDRO BONCI, ANDREA COCCI¹, TESSA NICCOLAI¹,
GIULIA MARINI², ENRICA ARMIENTI³

L'appropriatezza e il gioco delle tre carte...



Alessandro Bonci, medico di medicina generale ASL 11 Empoli, Segretario Provinciale Fimmg CA Firenze, Revisore dei Conti Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze (OmceoFI), Componente Commissione Formazione OmceoFI

Nell'ambito di una riflessione generale sull'inappropriatezza prescrittiva emergono alcuni interrogativi che crediamo imprescindibili:

1) In un sistema sanitario universalistico, ad accesso libero e “gratuito”, è possibile e corretto attendersi “l'assoluta appropriatezza”?

2) Mentre gli operatori rischiano di trovarsi schiacciati tra i vincoli della “medicina amministrativa” e la pressante richiesta di prestazioni sanitarie, quanto è urgente affrontare il tema della medicina difensiva?

3) Quali sono i costi generati dall'intreccio di un sistema sanitario pubblico universalistico con una sanità privata dagli interessi conflittuali?

4) Siamo davvero certi che appropriatezza e riduzione della spesa siano sinonimi, e soprattutto che sia possibile vincolare con procedure amministrative azioni che dovrebbero essere dettate dall'etica e dalla deontologia professionale?

5) Infine, per pretendere appropriatezza, è necessario innanzitutto investire in formazione; si sta facendo abbastanza in questo settore?

Il tema dell'inappropriatezza viene estratto dal cilindro ogniqualvolta si rendano necessari dei tagli al settore della sanità, senza considerare che accusare i medici di essere “inappropriati” getta discredito sull'azione degli stessi ope-

¹ OMCeOFI

² Revisore Ordine Medici Grosseto

³ Revisore OMCeOPI

ratori, che garantiscono uno dei sistemi sanitari pubblici più efficienti e a minor costo tra i paesi occidentali.

Indubbiamente il sistema sanitario è afflitto da un certo tasso di inappropriata prescrizione (difficile capire se rientra nei parametri fisiologici), comunque se la medicina ci ha insegnato qualcosa, è che non è possibile curare una malattia trattandone soltanto i sintomi.

Dovrebbe essere chiara a tutti, legislatore in primis, l'assoluta necessità di indagare quali siano le cause del problema, al fine di impostare una serie di interventi diretti a risolverlo, altrimenti si procederà con il mero trattamento dei sintomi alla stregua delle "cure palliative" per un malato terminale, ma vogliamo sperare che il SSN non sia alla fine della propria esistenza.

Sarebbe più corretto indagare le cause dell'inappropriatezza prescrittiva, dal momento in cui si richiede, con apparente leggerezza, di ridurre gli accertamenti, a fronte di una giurisprudenza sempre più orientata alla tutela del paziente danneggiato, con conseguenze ormai note, quali la reazione difensiva della classe medica.

Spesso si tende ad abusare del termine "inappropriato" e si cerca di far passare il messaggio che per prescrivere "meglio" è necessario prescrivere "meno", è d'altro canto vero che i medici si confrontano con pazienti sempre più attenti al proprio stato di salute e sempre più informati o, spesso, malinformati, grazie alla disponibilità di internet e dei mass media.

La medicina difensiva è quindi una figlia "non gradita" dei nostri tempi, ma il legislatore non si è dimostrato in grado di affrontare i temi della responsabilità professionale, dell'esplosione dei contenziosi e dei costi assicurativi.

A dire il vero, piuttosto inefficaci sembrano essere anche le misure intraprese per combattere il dilagare degli episodi corruttivi nella pubblica amministrazione e, considerando il peso del sistema sanitario nella spesa pubblica, sarebbe sciocco non pensare che normative efficaci ed un sistema giudiziario efficiente potrebbero portare grandi risparmi nel settore sanitario, sicuramente senza penalizzare l'assistenza.

Non è affatto scontato che un sistema sanitario che persegue l'appropriatezza sia anche un sistema a basso costo: indubbiamente la classe medica deve prescrivere gli accertamenti anche in base a principi di economicità e utilità e non soltanto per dare risposta ad una mera "curiosità" scientifica. Non possiamo comunque far finta che, se i medici applicassero alla lettera ed in modo acritico le linee guida e le "raccomandazioni", ad esempio per tutti i pazienti affetti da malattie croniche (BPCO...), i costi del sistema sanitario sarebbero molto più alti, sebbene le prescrizioni risulterebbero inappuntabili dal punto di vista dell'appropriatezza.

Sarebbe auspicabile affrontare il tema dei costi generati dalla coesistenza di un sistema sanitario privato con uno pubblico, visto che troppo spesso ci troviamo di fronte a pazienti che ondeggiano con disinvoltura tra consulenze

specialistiche private e accertamenti da svolgere nel sistema sanitario pubblico.

Ed ancora più urgente è la necessità di risolvere la coesistenza, nel SSN, di "20 servizi sanitari regionali" con diversa efficacia ed efficienza, a loro volta composti da componenti che hanno dinamiche di funzionamento e sussistenza economica completamente divergenti, come le aziende universitarie, le aziende ospedaliere e il territorio.

Dovremmo cominciare a chiederci se sarà sostenibile ed equo un sistema che disincentiva con i ticket proprio coloro che maggiormente contribuiscono al suo finanziamento, spingendoli a rivolgersi al privato, settore tra l'altro privo di quei meccanismi di controllo della spesa attuati nel SSN.

Crediamo che, per richiedere appropriatezza, la condizione essenziale sia che i medici abbiano le competenze ed i mezzi per perseguirla, per questo è deprecabile un sistema formativo che abbandona per anni migliaia di medici nel limbo dell'attesa della formazione post laurea; è altresì necessario investire sui percorsi di specializzazione e formazione continua, in modo da creare una classe medica idonea e competente.

Rischiamo di perseverare, come è accaduto ad esempio per la farmaceutica, nel tentativo di risolvere la questione dell'eccesso di spesa sanitaria tentando di intervenire sull'operato del prescrittore (magari incentivando gli ipoprescrittori) e costituendo costosi apparati di controllo della spesa, quando razionalmente sarebbe stato molto più semplice agire sulle norme che regolano la concedibilità e sui costi dei farmaci. Ad oggi, ad esempio, non sono neppure state superate le liste di trasparenza per arrivare a qualcosa di simile all'Orange Book (presente negli USA dal 1980), oppure dalle notizie di cronaca odierna sarebbe utile comprendere come è possibile che farmaci di nuova generazione, sofosbuvir su tutti, possano costare poche decine di euro in alcuni paesi (India, Egitto...), mentre in Italia ne costano decine di migliaia; eppure il legislatore sembra sicuro di riuscire a risparmiare definendo quando è appropriata una RM.

Sarebbe stato almeno auspicabile che, prima di prevedere i risparmi, i medici fossero stati dotati di direttive chiare e concordate con la categoria per discriminare le condizioni di concedibilità o meno di determinati accertamenti, questo perché altrimenti si rischia, nascondendosi dietro la scusa dell'appropriatezza, di complicare la fruizione di prestazioni non per motivi sanitari, bensì solo per far fronte a necessità di bilancio.

Paradossalmente le Regioni più virtuose rischieranno di trovarsi costrette a fare i maggiori sacrifici per cercare di mantenere la sostenibilità del Sistema Sanitario, proprio quelle Regioni in cui gli operatori si sono più impegnati per evitare sprechi di risorse con prescrizioni inappropriate.

TM

Info: alessandro.bonci@gmail.com



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

ANTONIO PANTI

«Signora, ha un tumore». Ma è un errore Diagnosi sbagliata? C'è il risarcimento Il caso di una paziente precipitata nell'ansia insieme ai suoi familiari

**RISPONDE L'AVVOCATO
AVETE UN DILEMMA LEGALE?
UN ESPERTO CHIARISCE
TUTTI I VOSTRI DUBBI**

**APPUNTAMENTO
ILLUSTRATECI IL VOSTRO
CASO, TUTTI I GIOVEDÌ
NE PUBBLICHEREMO UNO**

Questo è il titolo su quattro colonne di un quotidiano toscano, utile per aumentare la tiratura e per rafforzare nel cittadino la voglia di difendere sempre e comunque i propri diritti, all'assistenza e alla guarigione, ma anche al risarcimento del presunto danno biologico, esistenziale, morale, da perdita di *chance*, e chi sa cos'altro la fantasia giuridica può inventare. Sembra evidente che tutti abbiano diritti tranne il medico che, invece, dovrebbe lavorare in serenità nell'interesse dei pazienti. Questo, della tranquillità del medico, è un diritto a cui nessuno pensa. E cosa risponde l'avvocato alla cittadina? Fornisce un parere legale assolutamente corretto. Il medico, sostiene il legale, può sbagliare in due modi, "per mancata diagnosi o diagnosticando una patologia inesistente". Il paziente ha diritto al risarcimento "per il danno morale e esistenziale a causa della destabilizzazione psicologica subita per la diagnosi di una patologia inesistente". Una diagnosi errata per eccesso viola "il diritto del paziente alla serenità e tranquillità" e il risarcimento spetta secondo la Cassazione "anche ai prossimi congiunti che hanno condiviso tale paura". L'avvocato conclude consigliando il cittadino a recarsi da un suo collega per "chiedere un equo risarcimento".

Tutto corretto e legittimo. Chi sbaglia paga anche se le attenuanti sono molte. Non vogliamo soffermarci su queste; i medici sanno quanto è difficile il loro lavoro e quanto risenta di un clima di caccia alle streghe e come il servizio sanitario sia gravato da spese dovute al prevalere del diritto al ristoro del danno su quello alla cura. Il pericolo ha un costo spesso eccessivo perché si deve fare tutto anche il di più per evitarlo, lo scampato pericolo costa ugualmente dal momento che anche i turbamenti hanno un prezzo. La soluzione non esiste, forse un fondo naziona-

le per i risarcimenti che almeno restituisse serenità ai professionisti.

Tuttavia ragionando tra medici di questi problemi, una volta fatto l'elenco delle diverse motivazioni e invocata una qualche soluzione sul piano del diritto e su quello economico assicurativo, resta una sensazione spiacevole. Immaginiamo il fatto come è raccontato dalla cittadina. Questa si rivolge per un accertamento a un istituto non precisato ma che sembra privato.

Preoccupata e impaurita dalla gravità della diagnosi prospettata cerca una seconda opinione non sappiamo se nel privato o nel servizio pubblico. Comunque altri medici la rassicurano, non ha niente, un falso allarme. Potremmo chiederci quale sia il "prezzo della paura" ma non è questo il motivo della perplessità. I medici che hanno posta una diversa diagnosi (auguriamoci che sia corretta la loro!) come si saranno rivolti alla signora certamente turbata e quale tono avranno usato? Senza scomodare i grandi moralisti sappiamo che una delle più grandi soddisfazioni umane risiede nella maldicenza e nel rilevare gli errori altrui: "cara signora se si fosse rivolta subito a me!".

Basterebbe un poco di buon senso per capire che in tempi così difficili, quando domani qualcuno potrebbe

calcare la mano sui tuoi errori così come oggi tu fai su quelli altrui, parlare col paziente è un esercizio difficile da affidare a persone sagge e prudenti. Nessuno invoca omertà o reticenza, soltanto parlare con correttezza, spiegando che tutti possiamo sbagliare in perfetta buona fede e che ognuno può, anzi deve chiedere un secondo parere ma che questo può contraddire il primo. Se si rilevano reali errori cognitivi nel collega si avvertirà lo stesso e i suoi eventuali superiori oltre che la ASL, se del caso, e l'Ordine. Lasciamo stare la collegialità che non è molto di moda, ma la percezione dell'utilità dovrebbe muovere le azioni umane, anche quelle dei medici. **TM**

Lo spavento è stato enorme. poi ovviamente sono stata felicissima

Caro Avvocato, in occasione di una mammografia di routine, l'istituto a cui mi sono rivolta, di cui non indico il nome, mi ha diagnosticato un brutto male al seno. Per fortuna, non mi sono arresa e dopo essermi fatta vedere da altri medici è stato appurato che ero sanissima e che non c'era alcuna malattia. Ovviamente ero felicissima ma lo spavento è stato enorme. Mi chiedo se sia possibile chiedere un risarcimento per la grande paura avuta a causa di quella errata diagnosi.
Gabriella M.

Risponde l'avvocato

MALASANITA'
TOGHÈ E CAMICI BIANCHI

**Triplicate le denunce contro i medici
Lorenzin: legali a caccia di pazienti**
Il ministro attacca gli avvocati: «Risolverano casi vecchi di 10 anni»

SABATO
5 SETTEMBRE 2015 **15**
IL GIORNO
del Resto del Carlino
LA NAZIONE **QN**



DECISA Beatrice Lorenzin

GIORGIO GALANTI, CHIARA GIANNELLI

Gli steroidi anabolizzanti

Gli steroidi anabolizzanti androgenici sono prodotti sintetici analoghi degli ormoni sessuali maschili (testosterone e suoi derivati, ad es. l'androstenedione, il deidroepiandrosterone, il diidrotestosterone, il nandrolone, il danazolo, l'ossandrolone, il gestrinone, ecc), e modificati al fine di potenziare i loro effetti anabolici piuttosto che androgenici. Gli effetti anabolici consistono nella stimolazione della sintesi proteica, dell'eritropoiesi e della massa muscolare, quelli androgenici nello sviluppo dei caratteri sessuali maschili.

Sono farmaci, a tutti gli effetti, ma hanno un potenziale d'abuso come "sostanze ergogene", cioè in grado di migliorare le prestazioni atletiche in maniera illecita.

Come farmaci furono utilizzati per la prima volta durante la II Guerra Mondiale, per ripristinare il bilancio positivo dell'azoto nelle vittime della fame e per aumentare l'aggressività delle truppe tedesche. Il loro abuso in ambito sportivo è emerso invece negli anni 1950, quando alcuni atleti Russi di entrambi i sessi ne hanno dichiarato l'utilizzo.

Ad oggi alcuni sportivi abusano di steroidi per migliorare le loro prestazioni e anche per perfezionare l'aspetto esteriore; infatti queste sostanze facilitano lo sviluppo muscolare e la riduzione della massa grassa, permettono un recupero più rapido dalla fatica e dalle lesioni muscolari e consentono all'atleta di sottoporsi ad allenamenti più intensi e lunghi. L'assunzione di queste sostanze è ormai diffusa ovunque nel mondo: si stima ad esempio che negli Stati Uniti almeno 2 milioni di atleti ne abbia fatto o ne faccia uso, con una spesa pro-capite annua variabile dai 90 ai 6780 dollari. L'abuso è più frequente nel sesso maschile, anche se l'incidenza nelle donne è in crescita. Preoccupante è inoltre lo sviluppo di un mercato clandestino fiorentino che riguarda gli sport di ogni categoria. Recentemente anche a Firenze è stato scoperto, nell'ambito di un'operazione di Polizia coordinata a livello internazionale, un laboratorio clandestino, nel quale venivano sintetizzati steroidi destinati al doping prevalentemente nell'ambito del body-building. L'utilizzo di anabolizzanti tuttavia non è limitato soltanto al mondo sportivo e dei bodybuilders, ma si sta estendendo anche alla popolazione generale e agli sportivi amatoriali, rappresentando un problema di salute pubblica a tutti gli effetti.

Gli anabolizzanti steroidei sono farmaci disponibili previa prescrizione medica; possono

essere assunti per via orale, parenterale, intramuscolare, transdermica o topica. Generalmente si somministrano per cicli di alcune settimane o mesi a dosi crescenti, alternati a periodi di interruzione dell'assunzione.

Sono sostanza a rapida clearance epatica con meccanismo di azione intracellulare. Inducono la sintesi proteica a livello nucleare per attivazione della trascrizione del DNA e hanno effetto anticatabolico sulle proteine cellulari, con attività antagonista rispetto al cortisolo.

Vengono utilizzati con buona efficacia in varie condizioni patologiche, ad esempio nei casi di ridotta produzione di testosterone come la pubertà tardiva o alcune forme di impotenza; nelle patologie che comportino perdita di tessuto muscolare, come l'AIDS, le distrofie muscolari e le ustioni gravi; ancora nell'angioedema ereditario e in alcune forme di insufficienza miocardica.

L'abuso di sostanze anabolizzanti può provocare molti effetti collaterali, alcuni dei quali gravi ed irreversibili: ipertensione arteriosa, aterosclerosi, ipertrofia e infarto del miocardio, alterazioni della coagulazione, ictus ischemico, epatotossicità e tumori epatici, tendinopatie, riduzione della libido. Inoltre sono descritti effetti collaterali genere-specifici come oligo-aspermia, ginecomastia e aumentata incidenza di neoplasie prostatiche nel maschio, virilizzazione, irsutismo, dismenorrea/amenorrea e alopecia androgenica nella femmina.

Nell'adolescente l'assunzione di anabolizzanti può determinare l'arresto prematuro della crescita scheletrica e pubertà precoce.

Sebbene l'assunzione di steroidi possa dar luogo a sentimenti di apparente benessere psichico e elevata autostima, sono ben documentati anche effetti avversi psichiatrici, quali aggressività, instabilità del tono dell'umore, gelosia simil-paranoidea, allucinazioni e sintomi simil-maniacali che possono sfociare in una perdita della capacità di giudizio per la presenza di sentimenti di invincibilità. Inoltre è noto come la sospensione dell'assunzione possa determinare depressione, che secondo molti Autori rappresenta un importante fattore di dipendenza.

È anche frequente l'assunzione di altri farmaci, quali gli oppioidi, per alleviare gli effetti negativi degli steroidi, in particolare per l'insonnia e l'irritabilità.

Inoltre gli atleti che ne abusano spesso utilizzano dosaggi nettamente superiori a quelli terapeutici, e spesso associano altre sostanze



Giorgio Galanti, Ordinario di Medicina Interna. Adjunct Professor Sports Medicine and Nutrition University of Pittsburg. Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico. Direttore SODc di Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico. Specialista in Malattie Cardiovascolari, Medicina Interna e Medicina dello Sport. Università degli Studi di Firenze AOU Careggi



Chiara Giannelli, Medico in formazione specialistica c/o Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico AOU Careggi

dopanti (GH, EPO, insulina, diuretici, etc.). Per tale ragione gli effetti avversi sono meno prevedibili, spesso sinergici e potenzialmente letali; sono infatti descritti casi di morte improvvisa, sia durante attività fisica sia a riposo, con riscontro autoptico di elevati livelli di metaboliti steroidi nelle urine.

Dal 1975 gli anabolizzanti sono stati inseriti nella lista delle sostanze "dopanti" pubblicata dal Comitato Olimpico Internazionale (CIO); le Federazioni Internazionali e Nazionali di ciascuno sport a loro volta hanno adottato un proprio "regolamento antidoping", elaborato sulle direttive del CIO e guidato dai vari Comitati Olimpici Nazionali (in Italia dal CONI). La Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping per la tutela della salute nelle attività sportive è stata istituita in attuazione della Legge 376/2000 e opera presso la Direzione generale della ricerca scientifica e tecnologica. Secondo tale legge "costituiscono doping la somministrazione o l'assunzione di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e l'adozione o la sottoposizione a pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche ed idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologi-

che dell'organismo al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti".

Dovrebbe essere ben noto agli atleti che l'assunzione di alcune categorie di farmaci con l'intento di aumentare la prestazione costituisce un atto grave contro la morale sportiva, contravvenendo al principio che ciascuno deve gareggiare secondo le proprie capacità, e che l'inosservanza delle norme che sorreggono tale principio è punita con sanzioni molto severe (art. 9 legge 376). Inoltre deve essere altrettanto noto che l'uso indiscriminato di farmaci può determinare gravi danni alla salute in tempi più o meno lunghi. Acquistare steroidi, eritropoietina o altri farmaci dopanti dal mercato nero sottopone al rischio di imbattersi in sostanze contraffatte e di conseguenza ulteriormente pericolose per la salute dell'individuo. Un contrassegno sulle confezioni dei medicinali regolarmente in vendita, ma considerati potenzialmente positivi ai controlli antidoping mette in guardia atleti e cittadini sugli eventuali effetti dopanti delle sostanze in questione.

TM

Info: chiara_giannelli@libero.it;
giorgio.galanti@unifi.it



Giampaolo Collecchia, medico di medicina generale, 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

GIAMPAOLO COLLECCHIA

L'ipertensione mascherata

La misurazione della pressione arteriosa effettuata soltanto durante la comune visita medica (PA clinica o "in-office") è da tempo considerata una procedura inattendibile. Informazioni complete sul profilo pressorio di un paziente, in fase diagnostica o in trattamento, richiedono infatti l'integrazione tra la pressione arteriosa clinica e la cosiddetta pressione arteriosa extra-clinica, che comprende la pressione arteriosa ambulatoria (MAPA) e domiciliare. Un fenomeno che ha aggiunto ulteriore complessità in questo settore è l'ipertensione mascherata, condizione clinica definita per la prima volta da Pickering nel 2002 e caratterizzata da pressione arteriosa normale quando misurata durante la visita medica, ma aumentata in seguito ad automisurazione domiciliare o MAPA. I diversi sistemi di misurazione attualmente disponibili possono infatti determinare differenti conclusioni sulla presenza o meno di ipertensione, tanto che in pratica è possibile ottenere quattro sottogruppi potenziali di pazienti:

- normotesi con tutti i metodi (veri normotesi);
- ipertesi con tutti i metodi (veri ipertesi);
- ipertesi alle misurazioni cliniche ma normotesi con le misurazioni dinamiche (MAPA) o domiciliari (ipertesi da camice

bianco);

- normotesi con le misurazioni classiche ma ipertesi al MAPA o all'automisurazione (ipertesi mascherati).

Negli ultimi anni l'ipertensione mascherata ha attratto l'interesse di molti ricercatori e clinici, che, per descriverla, hanno utilizzato diverse espressioni, quali ipertensione da camice bianco inversa, normotensione da camice bianco, ipertensione domiciliare, occulta, misconosciuta, ambulatoria isolata.

La conoscenza dei meccanismi patogenetici è attualmente limitata. Ipertensione mascherata e da camice bianco sembrerebbero rappresentare forme diverse della stessa alterazione fisiopatologica, ma con differenti caratteristiche psicopatologiche associate. Nei soggetti con ipertensione mascherata sarebbe presente un profilo psicologico caratterizzato da aumentata reattività ad alcuni stressor della vita quotidiana, ma non alla misurazione della pressione arteriosa nel *setting* clinico. Esisterebbe cioè una responsività cardiovascolare selettiva ad agenti stressogeni di differente natura, dovuta all'entità del coinvolgimento soggettivo nelle diverse situazioni. La risposta sarebbe inoltre, almeno in parte, legata al sesso, infatti, mentre l'iper-

tensione da camice bianco è più frequente nelle donne, l'ipertensione mascherata è più frequente negli uomini. Soggetti con aumentata sensibilità alle variazioni della postura sarebbero maggiormente esposti al rischio di sviluppare ipertensione mascherata. Il fumo rappresenta un'altra variabile determinante nell'eziopatogenesi della ipertensione mascherata, infatti i fumatori tendono ad avere una pressione arteriosa diurna, misurata al MAPA, più alta rispetto a quella misurata clinicamente. Abuso alcolico ed elevato consumo di caffeina sarebbero ulteriori fattori di rischio.

Più frequente di quanto si immagini

La prevalenza dell'ipertensione mascherata è di circa il 13% (range 10-17%), difficile peraltro da stabilire con esattezza per la variabilità degli studi effettuati, sia per le definizioni e gli strumenti di misurazione utilizzati, sia per le popolazioni studiate. In uno studio su pazienti ipertesi trattati, afferenti ad una clinica dell'ipertensione, circa un terzo presentava ipertensione mascherata. Il risultato è stato confermato in un lavoro recente, condotto su circa 15.000 pazienti spagnoli con pressione arteriosa controllata. Di questi, 4608 (31,1%) avevano una ipertensione non controllata mascherata. La prevalenza era maggiore negli uomini, tra i pazienti con valori clinici borderline (130-9/80-9 mmHg) e nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare (fumatori, diabetici, ipertesi). L'ipertensione non controllata mascherata era nella maggior parte dei casi legata allo scarso controllo notturno, con una percentuale di pazienti non controllati, attribuibile esclusivamente ad elevati valori di pressione arteriosa notturni, circa doppia rispetto ai pazienti con pressione arteriosa elevata nelle ore diurne (24,3 vs 12,9%, $P < 0,001$).

Più pericolosa di quanto si pensi

Mentre la maggior parte dei medici considera l'ipertensione da camice bianco un'entità clinica familiare, sicuramente meno numerosi sono quelli che sanno quanto poco rassicurante possa essere il riscontro di valori pressori normali. L'ipertensione mascherata, sottodiagnosticata e sottotrattata, è associata ad un aumento significativo del danno d'organo e del rischio cardiovascolare, con prognosi analoga a quella dell'ipertensione vera. In vari studi la presenza di valori pressori elevati al MAPA, ma non alla misurazione clinica, è infatti significativamente correlata a ipertrofia ventricolare sinistra, ispessimento carotideo e microalbuminuria, non prevedibili in base ai valori della pressione arteriosa clinica. Nel lavoro di Ohkubo e collaboratori, primo studio prospettico su un campione rappresentativo della popolazione generale (1.322 soggetti seguiti per 10 anni), con obiettivo la valutazione del rischio associato all'ipertensione da camice bianco e all'ipertensione mascherata, questa era associata ad un rischio doppio rispetto ai normotesi, analogo a quello dei soggetti con ipertensione sostenuta. Nei bambini e negli

adolescenti, soprattutto maschi, l'ipertensione mascherata sarebbe un precursore di ipertensione persistente e ipertrofia ventricolare sinistra. Nello studio francese di Bobrie, per ogni incremento di 10 mmHg di pressione domiciliare sistolica (o di 5 mmHg di diastolica) il rischio cardiovascolare aumentava rispettivamente del 17,2% (o dell'11,7%) contro il 5,8% (o l'1,4%) per ogni analogo aumento di pressione sistolica o diastolica rilevata dal medico. Anche in tali pazienti il rischio era simile a quello dei soggetti con ipertensione sostenuta. In caso di discordanza (pressione arteriosa alta a domicilio e normale in studio o viceversa) la prognosi rimaneva correlata alla pressione domiciliare e non a quella misurata in studio.

Sono peraltro necessari ulteriori studi per confermare l'effettivo valore clinico dell'ipertensione mascherata, ad esempio sono necessari dati attendibili sul significato prognostico della pressione arteriosa notturna elevata dopo normalizzazione della pressione arteriosa automisurata.

Conclusioni

La normalità dei valori pressori alla misurazione da parte del medico non è sufficiente per escludere la condizione di ipertensione nella fase diagnostica e garantire il suo soddisfacente controllo terapeutico. In alcuni casi (vedi box) può essere necessaria una valutazione più approfondita dell'effettivo carico pressorio, mediante il MAPA e soprattutto l'automisurazione domiciliare, meno costosa e più facilmente praticabile nell'ambito della pratica quotidiana, tenendo peraltro presente che, se è vero che in alcuni soggetti lo studio del medico può essere meno stressante dell'ambiente familiare, valori pressori elevati automisurati possono dipendere da errori di misurazione.

TM

Indicazioni al sospetto di ipertensione mascherata in presenza di pressione arteriosa clinica normale

- storia familiare di ipertensione in entrambi i genitori;
- multipli fattori di rischio cardiovascolare o diabete mellito;
- abuso alcolico;
- malattie coronariche, cerebrovascolari o renali;
- riscontro clinico di valori pressori saltuariamente elevati;
- danno d'organo "inappropriato" (IVS, microalbuminuria);
- valori pressori aumentati all'automisurazione domiciliare;
- sindrome delle apnee ostruttive;
- ipotensione ortostatica

Info: g.collec@umail.it



Domenico Franco Russo, Direttore SVD Officina Trasfusionale di Area Vasta Nord-Ovest. Ha conseguito la laurea in medicina e chirurgia e la specializzazione in ImmunoEmatologia presso l'Università di Pisa. Dirigente medico nella disciplina medicina trasfusionale dal 1986 e in AOUP dal 2009. Iscritto all'Ordine dei Medici di Pisa.

DOMENICO FRANCO RUSSO, DANIELE FOCOSI

L'Officina Trasfusionale di Area Vasta Nord-Ovest

La Delibera della Giunta Regionale Toscana (DGRT) n.1235/2012 gettava le basi per una riorganizzazione del sistema trasfusionale toscano introducendo, oltre ai Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT), le Officine Trasfusionali (OT), poli centralizzati di lavorazione delle donazioni di sangue che ricoprono anche il ruolo di Centri di Qualificazione Immunoematologica (CQI) delle donazioni stesse. Questo concetto, tipico dei grandi Paesi industrializzati, era stato allora implementato in Italia solo nella U.O. Officina Trasfusionale di Area Vasta Romagna, con sede a Pievesestina. La successiva DGRT 635/2014, col suo allegato redatto da un Comitato Tecnico, gettava le basi per la costituzione della prima OT toscana, ovvero l'OT di Area Vasta Nord-Ovest (di seguito indicata come OT-AVNO) presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

La struttura, concepita come una Sezione a Valenza Dipartimentale attualmente sotto il coordinamento funzionale della Direzione Medica di Presidio dell'AOUP, occupa una superficie di 800 m² al primo piano dell'edificio 2 nel presidio ospedaliero di Cisanello.

Dotata di accessi controllati al personale autorizzato (sia in entrata alla struttura che di nuovo in entrata ai locali "santuario" dove vengono conservati gli emocomponenti), essa vanta il primo sistema gestionale informatico convalidato per Officine Trasfusionali mai realizzato in Italia, che le ha recentemente valso il premio come migliore comunicazione al congresso della Società Italiana di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale.

La struttura ha attualmente, oltre al Direttore, un organico composto da un dirigente medico (che svolge anche il ruolo di Responsabile Assicurazione della Qualità), un dirigente biologo, e 12 tecnici sanitari di laboratorio biomedico (TSLB). Nei giorni festivi (per maxiemergenze e raccolte domenicali) è attiva la reperibilità di un dirigente e 2 TSLB, mentre alla notte (per le maxiemergenze) è attiva la reperibilità di 1 TSLB (Figura 1).

Le attività si svolgono a flusso continuo dalle 8 alle 20 di ogni giorno (domenica inclusa a causa della prassi di donazioni domenicali nei SIMT di AVNO), con l'obiettivo di lavorare (centrifugare, frazionare, congelare, conservare,



Figura 1

¹ Dirigente medico nella disciplina medicina trasfusionale e responsabile assicurazione della qualità della SVD Officina Trasfusionale di AVNO. Nato nel 1980, ha conseguito la laurea specialistica in medicina e chirurgia nel 2005, la specializzazione in ematologia nel 2009, il dottorato di ricerca in virologia ed il master in sperimentazioni cliniche in onco-ematologia nel 2014.

qualificare, ed etichettare) tutti gli emocomponenti di primo livello (ovvero sangue intero e plasma da aferesi) raccolti nei 14 SIMT di AVNO (da Fivizzano a Portoferraio).

Per raggiungere questi obiettivi la struttura ha un inventario composto da 4 autoanalizzatori per esami immunoematologici (con metodiche sia su micropiastra che su colonna), 7 centrifughe, 12 frazionatori, 3 congelatori rapidi, 7 congelatori per conservazione, 8 frigoemoteche per conservazione, 2 agitatori piastrinici, 2 saldatori sterili, 15 postazioni computer, e 4 stampanti per etichette di validazione.

I controlli di qualità vengono effettuati, come da normativa vigente e standard SIMTI, a campione sull'1% di ogni tipo di emocomponente prodotto, grazie anche alla collaborazione delle UU.OO. Microbiologia Universitaria e Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche dell'AOUP.

I trasporti da e verso i SIMT di emocomponenti e provette sono garantiti dal corriere SVS, vincitore della gara regionale per i trasporti, che in uno o più ritiri da ogni ASL, recapita ad OT-AVNO le unità da lavorarare dalle ore 13:30 alle ore 16:30.

I moderni sistemi informatici consentono anche una validazione a distanza in urgenza in qualsiasi momento della giornata mediante connessione VPN. La temperatura di congelatori, frigoemoteche, frigoriferi per reattivi e locali è monitorata in remoto ed innesca chiamate di allarme mediante un combinatore telefonico (Figura 2).

La realizzazione dell'OT-AVNO è stata possibile grazie all'impegno di varie istituzioni che hanno agito in concerto, tra cui la Direzione Sanitaria dell'AOUP (Dott. Fabrizio Gemmi) e il Centro Regionale Sangue (diretto dalla Dott.ssa Valentina Molese).

Questi i numeri delle attività svolte nei primi sei mesi del 2015 (di cui, a causa del progressivo allaccio dei SIMT di AVNO, solo gli ultimi 2 a pieno regime):

- 17497 donazioni di sangue intero frazionato, producendo così emazie concentrate (14399 prive di buffy coat e 2995 leucodeplete pre-storage), 14391 plasma fresco congelato, e 10210 buffy coat;
- 22404 unità di plasma congelato (di cui 8013 da aferesi e 14391 ottenute da frazionamento come sopra descritto), di cui 18120 inviate a Kedrion e 1889 girate ai SIMT per le necessità cliniche;
- 40479 esami di qualificazione immunematologica eseguiti e validati.

Tra gli obiettivi futuri, previsti in DGRT, l'avvio della diagnostica molecolare dei gruppi sanguigni, anche per pazienti esterni, ed il trattamento di plasma e piastrine con moderni sistemi di inattivazione dei patogeni, e come previsto dalla DGRT 1235/2012, la copertura del ruolo, oltre che di OT e CQI, anche di Centro di Qualificazione Biologica (CQB).

TM

Info: d.focosi@ao-pisa.toscana.it



Figura 2



Marco Di Paolo,
Aggregato di Medicina
Legale - Facoltà di
Medicina e Chirurgia -
Università degli Studi di
Pisa - Sezione di Medicina
Legale

MARCO DI PAOLO, MIRELLA GHERARDI¹

Morte improvvisa giovanile

Un "richiamo" all'obbligatorietà dell'attività diagnostica post-mortem

La "morte improvvisa" giovanile costituisce evenienza fortunatamente rara ma assai drammatica che inevitabilmente apre inquietanti interrogativi in ordine alla causa mortis, che talora solo ad intuitum – e troppo semplicisticamente – viene attribuita ad aritmie cardiache maligne di n.d.d.

Sul piano definitorio si identificano con la "morte improvvisa" quei decessi che intervengono in maniera repentina ed inattesa in soggetti fino a quel momento apparentemente sani, in cui però la "causa naturale" deve essere effettivamente identificata e confermata, non potendosi aprioristicamente escludere l'intervento di una causa diversa da quella naturale.

La giovane età (\geq 35-40 anni) delle persone decedute, per lo più prive di una storia clinica anche solo suggestiva per una qualche ipotesi etiopatogenetica nonché l'assenza di qualsivoglia reperto cadaverico esterno utile, fanno della morte improvvisa giovanile un evento che impone la verifica della natura delle cause mediante indagini necrosettorie, per un ampio ventaglio di motivazioni che afferiscono ad ambiti anche molto diversi ma tutti molto importanti: giudiziario, assicurativo, sanitario, statistico-epidemiologico, scientifico ed anche sociale.

In effetti, se la morte improvvisa giovanile discende in molti casi da un'origine cardiaca che spesso costituisce la prima – ed ultima – manifestazione di una patologia rimasta fino a quel momento misconosciuta, molte altre possono essere le cause del decesso diverse da queste che non possono essere identificate se non attraverso indagini di laboratorio (vedi cause tossicologiche), non essendo infrequenti i casi di "autopsia bianca" ovvero priva di reperti macroscopici dirimenti.

Per quanto concerne l'aspetto cardiologico, pare qui opportuno ricordare che, se nel soggetto ultraquarantenne, la malattia coronarica è la patologia più frequentemente responsabile del decesso (80% circa dei casi), **nella popolazione più giovane un rilievo statistico significativo è svolto dalle cardiopatie congenite**. Ad alcune di queste corrisponde un pattern morfologico ben codificato (Displasia Aritmogena del Ventricolo Destro, Cardiomiopatia Ipertrofica, etc.) ma non va dimenticato che la morte improvvisa può verificarsi anche in cuori strutturalmente normali (morte improvvisa sine materia), in presenza di disordini elettrofisiologici che determinano un'instabilità

elettrica responsabile dell'insorgenza di aritmie ventricolari, come nel caso della sindrome del QT lungo (LQTS), della sindrome di Brugada (BS), della tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica (CPVT).

In questi casi, opportune procedure diagnostiche post-mortem con tecniche di genetica molecolare possono consentire di individuare la specifica cardiomiopatia e quindi di avviare a monitoraggio clinico e terapia eventuali portatori asintomatici consanguinei della vittima, palesemente esposti ad alto rischio di un'analogha morte improvvisa (c.d. "planning familiare").

Da considerare poi che sovente la morte avviene in ambito extraospedaliero, per lo più in assenza di assistenza sanitaria; quando quest'ultima è presente, come ad esempio nel corso di avvenimenti sportivi, di solito l'intervento sanitario non riesce a fornire alcuna indicazione diagnostica cosicché la morte rimane "unexplained".

In questi contesti sia i sanitari di primo soccorso, o comunque quelli che accertano la morte, dovrebbero formalmente avvisare le autorità competenti mettendole in condizione di disporre i necessari approfondimenti d'indagine.

Trattandosi di un decesso dalle cause inspiegate, l'Autorità Giudiziaria dovrebbe sempre essere avvisata attraverso specifica relata, non potendosi in alcun modo escludere ipotesi delittuose, quali l'assunzione di farmaci anche a scopo dopante o di sostanze stupefacenti.

L'autopsia ordinata dall'Autorità Giudiziaria viene eseguita su richiesta del Pubblico Ministero ai sensi di quanto previsto dalle disposizioni attuative dell'art. 116 del Codice di Procedura Penale (Indagini sulla morte di una persona per la quale sorge sospetto di reato) "Se per la morte di una persona sorge sospetto di reato, il procuratore della Repubblica accerta la causa della morte e, se lo ritiene necessario, ordina l'autopsia secondo le modalità previste dall'art. 360 c.p.p. Nei predetti casi la sepoltura non può essere eseguita senza l'ordine del procuratore della Repubblica".

In estrema sintesi, il Magistrato, informato (attraverso il referto) del verificarsi di un decesso dalle cause "inspiegate", può avviare un procedimento penale ordinando, attraverso la nomina di un consulente tecnico, l'autopsia finalizzata a comprendere da un lato le cause della morte, dall'altro l'eventuale incidenza sulla stessa di azioni penalmente rilevanti omissive o

¹ Dirigente Medico di I livello - UO di Medicina Legale dell'Ospedale di Aosta

commissive di terze persone.

Se fino a qualche anno addietro la Magistratura penale era per lo più incline a disporre l'accertamento autoptico a fronte di queste specifiche situazioni (autopsia da taluni definita "sociale") recentemente le stringenti necessità di contenimento della spesa pubblica hanno di fatto fortemente ridimensionato questa propensione tanto che spesso il Pubblico Ministero, in mancanza di solidi sospetti di reato, rilascia immediato nulla osta al seppellimento senza disporre alcuna attività di indagine.

A lato di questa opportuna attività informativa, resta comunque il valore "socio-sanitario" dell'accertamento della causa della morte che, evidentemente in forma subordinata alle determinazioni della magistratura, deve essere sempre tenuto in debita considerazione richiedendo opportuno **riscontro diagnostico**.

In Italia, al di fuori della legge "speciale" sulla SIDS (n. 31/2006), in materia di riscontro diagnostico la normativa di riferimento proviene dal regolamento di polizia mortuaria (DPR 285/1990).

L'art. 37 del suddetto regolamento, al comma 1, prevede che "Fatti salvi i poteri dell'autorità giudiziaria, sono sottoposte al riscontro diagnostico, secondo le norme della legge 15 febbraio 1961, n. 83, i cadaveri delle persone decedute senza assistenza medica, trasportati ad un ospedale o ad un deposito di osservazione o ad un obitorio". Ed ancora, al comma 2 si stabilisce che "Il coordinatore sanitario può disporre il riscontro diagnostico anche sui cadaveri delle persone decedute a domicilio quando la morte sia dovuta a malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, o a richiesta del medico curante quando sussista il dubbio sulle cause di morte".

La normativa è pertanto categorica nell'individuare quei casi in cui deve essere eseguito l'esame - riscontro diagnostico "obbligatorio" (al comma 1) - delineando anche (al comma 2) il riscontro di tipo "facoltativo". In entrambi i casi, si badi bene, non è previsto il consenso dei familiari/prossimi congiunti per cui gli stessi non possono in alcun modo opporsi alle decisioni sanitarie, nell'ottica del concetto per cui l'esigenza di accertamento delle cause della morte ha la priorità su ogni altro interesse.

Detto questo, va rilevato come nella realtà italiana, praticamente su tutto il territorio nazionale, siano troppo frequenti i casi in cui nessuna

procedura autoptica di accertamento di morte viene eseguita a fronte di casi di morte improvvisa giovanile, senza dunque l'avvenuta identificazione della causa del decesso.

Si tratta di situazioni in cui l'Autorità Giudiziaria non ravvede sospetto di reato per cui, per i motivi suddetti, concede tout court il nulla osta al seppellimento. Per contro non sono comprensibili le motivazioni per cui in questi scenari, sussistendo una tassativa indicazione normativa, non venga eseguito il riscontro diagnostico.

È possibile, ma questa rimane solo un'ipotesi, che i sanitari deputati alla formale richiesta del riscontro diagnostico, si lascino condizionare dalle richieste dei familiari in un momento contrassegnato da una straordinaria e comprensibile emotività.

Al di là del fatto che così facendo si contravviene ad uno specifico obbligo di legge, dovendo peraltro ricorrere, a fini necroscopici e statistici, a indicazioni sulla causa di morte quanto meno vaghe ("causa naturale indeterminata" o "morte naturale di origine cardiaca"), non può non rilevarsi come la mancata esecuzione di un riscontro diagnostico di fatto privi la famiglia vittima dell'evento luttuoso, di informazioni sanitarie che potrebbero rilevarsi quanto mai preziose per la salute, o addirittura per la sopravvivenza, di altri membri della famiglia stessa.

Come già detto, in età giovanile, una sostanziosa quota di decessi deve essere ricondotta a patologie cardiache a carattere genetico/ereditario per cui l'individuazione del meccanismo fisiopatologico e delle basi genetiche della morte può assumere un'estrema importanza, sia sul piano delle conoscenze teoriche che su quello della prevenzione primaria e secondaria nei discendenti o nei collaterali, specie ove la trasmissione sia prevalentemente di tipo autosomico dominante.

Tra l'altro, se uno dei familiari dovesse a sua volta andare incontro a morte improvvisa, si realizzerebbe un evento dannoso di estrema portata prevedibile e prevenibile sul piano sanitario, potenzialmente foriero di questioni di responsabilità professionale sulla base della non immotivata presunzione dell'esecuzione di un'attività necroscopica espletata in forma incompleta e, pertanto, negligente. **TM**

Info: marcodipaolo@med.unipi.it

LEGENDA

SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR.

NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI



Codice QR - Rimando Link esterno con cellulare



URL - Rimando Link esterno



Sommarrio - Rimando pagina interno

Info:

E-mail - Rimando programma e-mail



Alberto Dolara, nato a Firenze nel 1932. Laurea in Medicina, Firenze 1957. Specializzato in Cardiologia, 1961. Perfezionamenti: Ospedale Niguarda (Milano) 1968; Hammersmith Hospital (Londra) 1980; NIH (Bethesda, USA) 1983, 1987. Già Direttore della Unità Cardiovascolare, S. Luca-Ospedale Careggi, Firenze, 1979-2002.

ALBERTO DOLARA

Angioplastica coronarica in Toscana: il troppo stroppia?

Il troppo stroppia (o storpia), il popolare proverbio citato già nella letteratura dell'Ottocento, potrebbe essere un breve commento ad uno stimolante articolo di Michele Bocci, "Emodinamica troppe sale in Toscana, ma i medici difendono la loro eccellenza" comparso su La Repubblica. Avendo lavorato per decenni in sala di emodinamica posso senz'altro confermare l'eccellenza dei medici che operano in queste strutture, ma le perplessità e i dubbi espressi nell'articolo sia sul numero eccessivo delle sale in Toscana che sull'appropriatezza delle angioplastiche coronariche effettuate nella nostra regione meritano un commento.

Per quanto riguarda le sale di emodinamica mi sia concesso un breve amarcord: nel 1968 ero stato inviato dall'Arcispedale di S.M. Nuova di Firenze all'Ospedale Niguarda di Milano per un periodo di perfezionamento nella tecnica del cateterismo cardiaco. Subito dopo riuscimmo ad ottenere, con il direttore del Servizio di Cardiologia di S. Luca - Careggi, un colloquio con il ministro della sanità, l'on. Luigi Mariotti. Lo scopo era di chiedere un finanziamento per acquistare una moderna sala di emodinamica per il nostro ospedale. Ricordo il sobbalzo sulla sedia del ministro quando gli dicemmo che ci sarebbero voluti duecento milioni (di lire), per quella attrezzatura. Ricordo ancora che negli anni seguenti la Regione Toscana, proprio in virtù dell'alto costo e della necessaria specializzazione di queste strutture, aveva deliberato che solo i tre centri di cardiocirurgia di Firenze, Pisa e Siena fossero dotati di una sala di emodinamica. Certo molta acqua è passata sotto i ponti, le ASL sono divenute Aziende autonome, nuove metodiche cardiologiche diagnostiche e terapeutiche si sono sviluppate in questo periodo, ma tuttavia suscitano perplessità i numeri riferiti nell'articolo sopracitato di La Repubblica: le sale di emodinamica in Toscana sono addirittura sedici e, come suggerito, potrebbero aumentare ancora. I dubbi e le perplessità aumentano quando si legge che le angioplastiche coronariche eseguite in queste strutture, sia in urgenza che in elezione, sono circa 9000 una cifra che è quasi il doppio delle circa 5600 previste dalla Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE)

per questa popolazione.

L'angioplastica coronarica, ideata da un cardiologo svizzero nel lontano 1978, è da allora praticata in un elevato numero di pazienti cardiopatici in tutto il mondo: negli Stati Uniti ne vengono eseguite circa un milione all'anno. Consiste nella introduzione di un catetere che porta un palloncino all'estremità; quando viene gonfiato riduce o fa scomparire la parte ristretta della(e) coronaria(e). L'applicazione di una reticella, più o meno complessa, nella parte dilatata tende a rendere stabile la dilatazione. Si tratta di una metodica d'indubbio valore terapeutico, ma è sempre appropriata? Chan e coll hanno pubblicato su JAMA nel 2011 i seguenti risultati: nelle 500.151 angioplastiche eseguite negli Stati Uniti da luglio 2009 a settembre 2011, la procedura è risultata appropriata in 355.417 pazienti (98%) quando le indicazioni erano per situazioni acute (infarto miocardico acuto, angina instabile ad alto rischio). Negli altri 144.834 pazienti con indicazioni non acute l'angioplastica risultava appropriata solo in 72.911 (50.4%), incerta in 54.988 (38.04%) e inappropriata in 16.838 (11.6%). Inoltre la non appropriatezza variava dal 6% al 16% nei vari ospedali.

È interessante confrontare questi dati con quelli riportati dalla Società Italiana di Cardiologia Invasiva sopracitata, la quale oltre a fornire il numero complessivo delle angioplastiche coronariche eseguite in ogni regione del nostro Paese, indica anche quante di esse sono state eseguite come angioplastiche primarie, cioè in situazioni acute, e quante durante un esame diagnostico (coronarografia). Per quanto riguarda la regione Toscana il numero di procedure eseguito durante l'esame diagnostico era di gran lunga superiore a quello eseguito in situazioni acute con un rapporto di 7,5:1 nel 2005 e di 3,3:1 nel 2013 (Tabella 1). Ci si può chiedere per esempio quanti pazienti di quelli che avevano eseguito la procedura in situazioni non acute corrispondevano a quelli con angina stabile e buona funzione ventricolare sinistra riportati da Boden et al nello studio COURAGE pubblicato sul New England Journal of Medicine del 2007. In una popolazione selezionata di 5000 pazienti suddivisa in due gruppi era stata somministrata

Tabella 1

Angioplastiche coronariche eseguite in Toscana negli anni 2005, 2010, 2013 (Dati GISE)			
Anno	Angioplastiche totali	Angioplastiche primarie	Angioplastiche eseguite durante esame diagnostico
2005	9800	1086	8126
2010	9133	2263	8309
2013	8901	2352	7600

ad ambedue la terapia medica ottimale, ma in uno è stata eseguita anche l'angioplastica coronarica. Al termine del periodo di osservazione di cinque anni, se si eccettua una riduzione della sintomatologia anginosa osservata nei pazienti sottoposti a questa procedura, non è stata rilevata alcuna differenza nei due gruppi in termini di mortalità, comparsa d'infarto miocardico non fatale e ricovero per sindrome coronarica acuta.

Un aspetto cruciale riguarda le aspettative e le informazioni ricevute dai pazienti prima di eseguire la procedura. In uno studio pubblicato da Goff et al nel 2010 sugli *Annals of Internal Medicine* sono state confrontate le aspettative dei medici e dei cardiologi con quelle dei pazienti. Mentre i primi, conoscendo i dati della letteratura, si aspettano che l'angioplastica coronarica possa essere efficace nella riduzione della sintomatologia anginosa, ma non in quella di prevenire eventi cardiovascolari gravi o morte, il contrario avviene in una elevata percentuale dei pazienti che le attribuiscono anche questi risultati positivi. Ci si domanda allora se i pazienti sono correttamente informati prima di sottoporsi a questa procedura, in particolare se non vi sono situazioni di emergenza. Da un ampio archivio d'interviste raccolte dal Rothberg et al e pubblicate sempre su *JAMA* nel 2014 sono state analizzate le registrazioni video di 44 colloqui tra un cardiologo e un paziente. È stato osservato che, a parte alcuni colloqui durante i quali erano state fornite descrizioni accurate, nella maggior parte dei casi i cardiologi contribuivano a indurre, in modo implicito o esplicito, un'errata interpretazione delle informazioni, sovrastimando i benefici e sottostimando i rischi, utilizzando metodi comunicativi che potevano ostacolare la comprensione e la partecipazione del paziente alla decisione. In particolare, nel 95% delle registrazioni non era stato detto al paziente che l'angioplastica non avrebbe ridotto il loro rischio di morte o infarto e che il beneficio, rispetto alla riduzione dei sintomi, si sarebbe annullato dopo 5 anni. Gli autori osservano che, senza un'esplicita affermazione che i benefici sono limitati alla riduzione dei sintomi, i pazienti si sentono ovviamente autorizzati a

concludere che l'apertura di una coronaria stenotica è in grado di evitare un infarto.

Negli ultimi anni si sono sviluppate due importanti iniziative l'Associazione *Slow Medicine* nata in Italia nel 2010 e *Choosing Wisely* (Scegliere in modo saggio) promossa dall'American Board of Internal Medicine degli Stati Uniti del 2013 che hanno tra i loro scopi promuovere l'appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche, scegliere cure supportate dalle prove scientifiche, non ridondanti, senza rischi e realmente necessarie. Insomma all'applicazione di una medicina sobria e rispettosa del paziente. Ad ambedue le iniziative ha aderito la maggior parte delle Associazioni mediche e sono stati anche elaborati elenchi di procedure diagnostiche e terapeutiche che possono essere evitate. Tuttavia, sempre dagli Stati Uniti voci autorevoli comparse sul *NEJM* nel 2013 hanno sottolineato come l'attenzione venga rivolta soprattutto alle procedure con basso impatto sul sistema sanitario e non a quelle ad impatto elevato. È importante quindi che questi elenchi non diventino, come è stato paventato, una "foglia di fico" per lasciare le cose del tutto invariate.

In conclusione procedure diagnostiche e terapeutiche ad elevato impatto e complessità come l'angioplastica coronarica richiedono una valutazione attenta da parte degli operatori sanitari ed un coinvolgimento continuo dei pazienti nelle scelte mediante una corretta informazione per evidenziarne l'appropriatezza. È d'altra parte ormai dimostrato che se i pazienti vengono coinvolti nel processo decisionale con un'informazione corretta si riduce il numero di procedure, senza apparenti effetti indesiderati sugli esiti o sulla soddisfazione. I dati riportati nell'articolo di *La Repubblica* mettono in campo "un grande tema della sanità moderna, quello del rapporto tra domanda ed offerta, con la seconda che in molti casi induce la prima". Questa inversione patologica del rapporto ha conseguenze gravi e per la salute e per l'economia del Paese. Le autorità responsabili e gli operatori sanitari non possono eludere il problema. **TM**

Info: elisa.dolara@tin.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.





A cura della
Direzione Diritti
di Cittadinanza
e Coesione Sociale.

MAURO RUGGERI¹

Vaccinazione antinfluenzale e non solo

Campagna di somministrazione agli ultrasessantacinquenni di vaccino antinfluenzale, antipneumococcico e della vitamina D3

Premessa

La prevenzione delle malattie rappresenta uno degli obiettivi prioritari del nostro Servizio Sanitario Nazionale. L'Italia è tra i Paesi dove si vive più a lungo: l'aspettativa di vita si è progressivamente innalzata passando dai circa 30 anni nel 1870, agli attuali 83 anni. Nel corso del '900 si è assistito alla sconfitta della mortalità infantile grazie all'avanzamento della scienza e della tecnologia medica, al miglioramento delle condizioni igieniche e del nutrimento, ma anche grazie all'azione del sistema sanitario. Naturalmente l'aumento della vita media ha comportato un incremento della popolazione anziana cui, tra l'altro, non è corrisposto un equivalente aumento della popolazione giovane, essendosi verificata negli anni, una costante diminuzione delle nascite. Dal 1992 in Italia il numero dei residenti di età superiore a 65 anni ha iniziato a superare quello dei residenti di età inferiore a 14 anni, e da quel momento la forbice tra anziani e giovani si è costantemente allargata. Inevitabilmente l'invecchiamento della popolazione ha comportato uno straordinario aumento di soggetti affetti da una o più patologie croniche che sono in definitiva, responsabili della maggioranza delle disabilità che ci accompagnano negli ultimi anni della vita. Sono urgenti correttivi immediati di tipo strutturale ed organizzativo, ed in questo ambito si inquadra la riorganizzazione delle "Cure Primarie". La legge Balduzzi, il Patto per la Salute del luglio 2014, ha gettato le basi per una radicale revisione della medicina del territorio. Il punto di maggior cambiamento, come noto, riguarda la riorganizzazione dell'attività di assistenza territoriale dei medici di medicina generale nelle nuove forme aggregative delle AFT e delle UCCP. La Regione Toscana con l'Accordo integrativo del dicembre 2012 ha istituito le AFT e provveduto alla formazione di 115 Coordinatori. In questo contesto divengono prioritarie le azioni di contrasto alla cronicità e alle sue complicanze. Pertanto sarà sempre più necessario

individuare strategie di sanità pubblica, da realizzarsi prevalentemente nell'ambito delle "Cure Primarie", finalizzate alla prevenzione delle malattie e della disabilità nella popolazione anziana. Tra queste la campagna annuale di vaccinazione contro l'influenza stagionale rappresenta un tipico esempio già attuato da molti anni. In questa occasione, quando vengono raggiunti praticamente tutti gli anziani, oltre a proteggerli dall'influenza si può cogliere l'opportunità di somministrare altri vaccini e di porre in atto altre misure preventive quale la somministrazione di vitamina D per la prevenzione delle complicanze della sua carenza.

Impatto dell'influenza e ruolo della vaccinazione

L'influenza è una malattia infettiva provocata da virus la cui composizione antigenica di superficie è soggetta a continue variazioni. Ciò comporta la ciclica ricomparsa ogni anno di epidemie stagionali in tutto il mondo. Quando le modificazioni degli antigeni superficiali (emoagglutinina o antigene H e neuraminidasi o antigene N) sono tali da dare origine ad un virus trasmissibile da uomo a uomo completamente nuovo, si verificano le pandemie influenzali, che possono colpire virtualmente tutta la popolazione mondiale. L'influenza stagionale interessa ogni anno il 10-20% della popolazione globale, con tassi di incidenza che in ambiti specifici possono coinvolgere il 40-50% dei soggetti. La continua variabilità degli antigeni di superficie del virus e il fatto che l'influenza abbia anche un serbatoio animale spiegano il fatto che essa non sia una malattia eradicabile; l'obiettivo delle istituzioni sanitarie nazionali e internazionali è pertanto in primo luogo quello di limitare le complicanze e il carico complessivo della malattia (*burden of disease*), ridurre l'impatto sanitario e sociale e limitare le perdite economiche determinate dall'influenza.

Dal punto di vista epidemiologico l'influenza

¹ Medico di medicina generale, Commissione Vaccini Regione Toscana

è ancora oggi la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva, preceduta solo da AIDS e tubercolosi. Si calcola che ogni anno siano colpiti da sindromi influenzali nel nostro Paese da 6 a 9 milioni di soggetti, con una stima di circa 8.000 morti (dati CNESPS - Istituto Superiore di Sanità), cioè circa il doppio rispetto ai decessi per incidenti stradali. Di questi decessi in eccesso, di cui mille attribuibili a polmonite e influenza e 7.000 ad altre cause, l'84% riguarda persone di età ≥ 65 anni. In Italia, nel corso della stagione pandemica 2009-10, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha documentato 260 decessi, dovuti direttamente al virus pandemico.

La fascia di età maggiormente colpita dalla malattia è, in termini numerici, quella dei bambini, i quali contribuiscono quindi in modo sostanziale alla diffusione dell'infezione. Gli anziani e i soggetti fragili, con fattori di rischio, sia patologici (malattie croniche) che fisiologici (gravidanza), sono invece i gruppi che a causa del loro stato soffrono maggiormente le conseguenze dell'influenza. D'altro canto, l'influenza, nella fascia di soggetti di età compresa tra i 19 e i 49 anni in buone condizioni di salute, rappresenta la principale causa di visite mediche comportando un carico di lavoro gravoso, in particolare per i medici di medicina generale. Si è stimato che l'influenza sia causa di 0,6-2,5 giorni di lavoro perso per ogni caso.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta la strategia di prevenzione con il miglior profilo di costo-efficacia, e deve essere conside-

rata come un intervento di salute pubblica da implementare nelle categorie target, al fine di raggiungere i livelli attesi di coperture vaccinali.

Se consideriamo la relazione tra il numero di eventi correlati all'influenza e le coperture vaccinali, possiamo osservare che con l'aumentare del livello di copertura vaccinale si riduce in maniera progressiva e lineare il numero di casi di influenza osservabili, visite mediche, decessi e ospedalizzazioni correlati all'infezione (Figura 1)

Raccomandazioni per la vaccinazione antinfluenzale

Nel 2003 l'OMS ha indicato ai paesi membri di attivare con urgenza politiche vaccinali in grado di produrre un incremento delle coperture per l'influenza in tutte le categorie target (persone ad alto rischio e soggetti anziani al di sopra dei 65 anni), raggiungendo come valore minimo accettabile il 50% nel 2006 e il 75% nel 2010. Il valore di copertura vaccinale ottimale è indicato, invece, nel 95% (Tabella 1).

Nel 2009 il Consiglio dell'Unione Europea, ha stabilito la necessità di raggiungere il target del 75% per le coperture vaccinali negli anziani entro il 2014-15. Lo stesso obiettivo si applica anche per gli altri gruppi target.

Dal 2010 negli USA l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) raccomanda la vaccinazione antinfluenzale a tutta la popolazione a partire dai sei mesi di vita, con lo scopo di aumentare la copertura vaccinale, ridurre morbosità, mortalità e assenze lavorative.

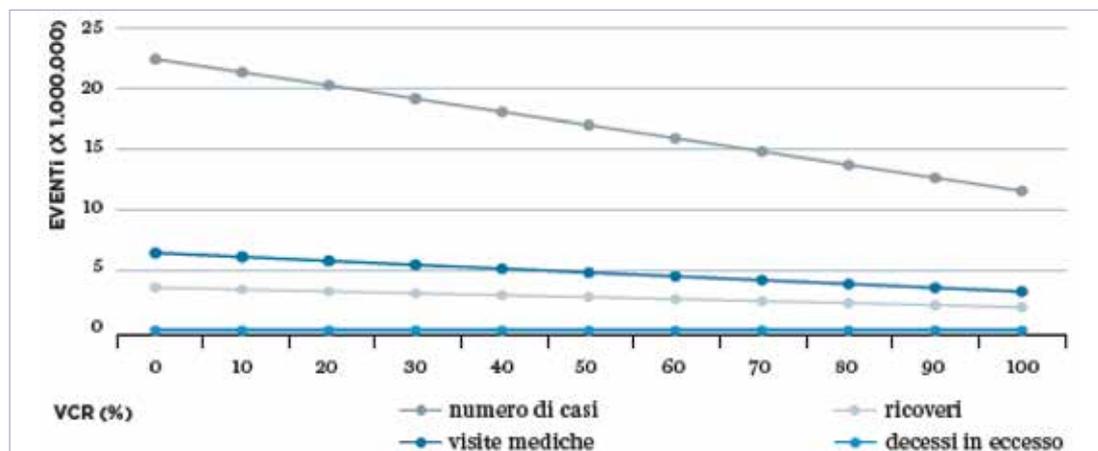


Figura 1 - Correlazione tra numero di eventi stimati (numero di casi di malattia, visite mediche, ricoveri, decessi) correlati all'influenza e coperture vaccinali.

Fonte: Ryan et al. 2006

Tabella 1 - Raccomandazioni per la vaccinazione antinfluenzale

OMS	Unione Europea	ACIP 2010
Target: per gli adulti oltre i 65 anni di età Entro il 2010/2011 ¹ Copertura 75%	Target: per gli adulti oltre i 65 anni di età Entro il 2014/2015 ² Copertura 75%	Target: per tutti i soggetti a partire dai 6 mesi di vita ³ Vaccinazione universale

1) World Health Organization. Wkly Epidemiol Rec 2005; 33: 277-288.

2) EPHA. Council recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination.

3) ACIP. Prevention and Control of Influenza with Vaccines Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010, MMWR, August 6, 2010; 59 (rr08):1-62



A cura della
Direzione Diritti
di Cittadinanza
e Coesione Sociale.



A cura della
Direzione Diritti
di Cittadinanza
e Coesione Sociale.

In Italia il Ministero della Salute raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone che hanno più di 65 anni e i soggetti appartenenti a categorie di rischio (Tabella 2).

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, considerando le scarse coperture raggiunte tra gli operatori sanitari, sottolinea e ribadisce l'importanza della vaccinazione in questa categoria di soggetti.

La vaccinazione antinfluenzale per gli ultrasessantacinquenni e per le categorie di rischio è inclusa nei Livelli essenziali di Assistenza (LEA) ed è offerta attivamente in tutto il Paese con notevole coinvolgimento dei medici di medicina generale, visto che quest'ultimi eseguono ogni

anno la grande maggioranza delle vaccinazioni.

Coperture vaccinali per l'influenza

A partire dalla stagione 1999-2000, con l'applicazione della campagna di vaccinazione attiva e gratuita su tutto il territorio nazionale, le coperture vaccinali hanno mostrato un progressivo aumento per circa un decennio. Nelle ultime stagioni, soprattutto dopo la stagione pandemica 2009-10, si è assistito, invece, a una riduzione dei livelli di copertura per tutte le fasce di età e soggetti target.

I dati riferiti alla popolazione di soggetti > 65 anni mostrano che il valore medio di copertura nazionale è passato dal 65,6% del 2009-10 al

Tabella 2 - Elenco delle categorie per le quali è raccomandata la vaccinazione stagionale

	Categoria	Dettaglio
1	Soggetti di età pari o superiore a 65 anni	
2	Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti fino a 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza	<ul style="list-style-type: none"> a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopulmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronica ostruttiva - BPCO) b) malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite c) diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI > 30 e gravi patologie concomitanti) d) insufficienza renale cronica e) malattie degli organi emopoietrici ed emoglobinopatie f) tumori g) malattie congenite o acquisite che comportino carenza di produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV h) malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale i) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici j) patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari) k) eparopatie croniche
3	bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale	
4	Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo e terzo trimestre di gravidanza	
5	Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti	
6	Medici e personale sanitario di assistenza	
7	Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio	
8	Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori	<ul style="list-style-type: none"> a) Forze di polizia b) Vigili del fuoco c) Altre categorie socialmente utili potrebbero avvantaggiarsi della vaccinazione, per motivi vincolati allo svolgimento della loro attività lavorativa, a tale riguardo, è facoltà delle Regioni PP.AA. definire i principi e le modalità dell'offerta a tali categorie d) Infine, è pratica internazionalmente diffusa l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antinfluenzale da parte dei datori di lavoro ai lavoratori particolarmente esposti per attività svolta e al fine di contenere ricadute negative sulla produttività
9	Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani	<ul style="list-style-type: none"> a) allevatori b) addetti all'attività di allevamento c) addetti al trasporto di animali vivi d) macellatori e vaccinatori e) veterinari pubblici e libero-professionisti

Fonte: Ministero della salute. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2015-2016.

48,6% del 2014-15. In Toscana la copertura negli ultrasessantacinquenni è passata dal 71,1% nel 2009-10 al 49,9% nel 2014-15. Allo stesso modo, per la popolazione totale, si è assistito a livello nazionale, ad un calo dal 19,6% (valore di per sé molto basso) al 13,6%. Analogamente in Toscana le coperture sono passate dal 24,9% al 16,3%. Il trend, anche per le categorie a rischio, è in discesa e ci stiamo progressivamente allontanando dal tasso di copertura del 30%, valore basso in assoluto per le categorie target. I dati di copertura relativi alle categorie di rischio individuate dal Ministero della Salute (rilevazione specifica relativa alla stagione pandemica 2009-10) documentano livelli molto bassi: il personale sanitario e socio-sanitario ha un livello di copertura vaccinale pari al 15,0%; le donne al secondo o terzo trimestre di gravidanza hanno livelli di copertura del 12,1%; i soggetti con almeno una condizione di rischio tra 6 mesi e 65 anni hanno coperture del 12,7%.

Vaccinazione antipneumococcica

Le polmoniti acquisite in comunità (CAP) e le malattie invasive da pneumococco (IPD), patologie comuni nella popolazione anziana, determinano un considerevole carico di malattia. La mortalità delle infezioni gravi da Pneumococco può raggiungere il 20%, con una ampia variabilità che dipende soprattutto dall'età della persona (aumenta con l'aumentare dell'età) e dalla comorbidità (aumenta se la persona soffre di più malattie). Temibile per la popolazione anziana è la polmonite da Pneumococco, la cui mortalità può raggiungere valori del 30-40%, nonostante le terapie antibiotiche e il ricorso alla terapia intensiva. Per quanto riguarda la meningite, può dare esiti permanenti di disabilità e nei casi più gravi portare a morte; la mortalità arriva al 40% nelle persone adulte mentre è attorno all'1-3% nei bambini al di sotto dei due anni.

Nonostante la sua severità l'infezione pneumococcica può essere prevenuta con la vaccinazione.

La vaccinazione è particolarmente indicata nei soggetti a rischio e negli anziani. In alcuni Paesi come ad esempio in USA è già da tempo praticata in tutti i soggetti di età superiore ai 65 anni.

La Regione Toscana già prevedeva l'offerta gratuita della vaccinazione antipneumococcica a tutti i soggetti di qualsiasi età a rischio di contrarre la malattia per la presenza di patologie o condizioni predisponenti:

- cardiopatie croniche
- malattie polmonari croniche
- cirrosi epatica, epatopatie croniche evolutive
- alcolismo cronico
- diabete mellito, in particolare se in difficile compenso
- fistole liquorali
- anemia falciforme e talassemia
- immunodeficienze congenite o acquisite
- asplenia anatomica o funzionale o candidati

alla splenectomia

- deficienza terminale del complemento-(tab. rischio) leucemie, linfomi, mieloma multiplo
- neoplasie diffuse
- perdita di fluidi cerebrospinali
- terapia sistemica con elevate quantità di corticosteroidi
- trapianto d'organo o di midollo
- immunosoppressione iatrogena clinicamente significativa
- insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, dializzati o candidati alla dialisi
- HIV positivi
- portatori di impianto cocleare
- trapiantati o candidati al trapianto
- riceventi fattori della coagulazione concentrati
- soggetti ospiti di comunità

Attualmente con la deliberazione di Giunta Regionale n. 367 del 30 marzo 2015 introduce l'offerta gratuita della vaccinazione antipneumococcica con vaccino coniugato 13 valente, nella popolazione adulta, a partire dalla corte dei sessantacinquenni (nel 2015 coorte dei nati nel 1950).

Il vaccino antipneumococcico coniugato 13 valente è indicato oltre che per l'immunizzazione attiva per la prevenzione di patologia invasiva, polmonite e otite media, causate da *S. pneumoniae* in neonati, bambini e adolescenti di età compresa tra 6 settimane e 17 anni, anche per patologia invasiva e polmonite, causata da *S. pneumoniae* in adulti di età ≥ 18 anni e anziani. Negli adulti e negli anziani il vaccino deve essere somministrato in unica dose, una sola volta nella vita, per via intramuscolare sul deltoide. Può essere co-somministrato con il vaccino antinfluenzale. Deve essere conservato in frigorifero (2°C-8°C). È stabile a temperature fino a 25°C per quattro giorni. Alla fine di questo periodo deve essere utilizzato o eliminato.

Le strategie vaccinali per raggiungere i soggetti a rischio ed in particolare gli anziani, il coinvolgimento dei medici di medicina generale è indispensabile e dovrebbero essere concretamente sfruttate, nell'ambito delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) le opportunità offerte dalla campagna annuale di vaccinazione contro l'influenza e l'attività connessa ai alla Sanità d'Iniziativa. A tal proposito si ricorda come la vaccinazione antipneumococcica sia prevista nel PDTA dei pazienti arruolati, affetti da BPCO e come il tasso di copertura per tale vaccinazione rappresenti un indicatore di risultato.

Campagna di somministrazione agli ultrasessantacinquenni di vaccino antinfluenzale, antipneumococcico e della vitamina D3 in Toscana.

La recente DGRT 944 del 06-10-2015 sancisce l'accordo con i medici di medicina generale per la realizzazione della campagna di prevenzione sull'anziano 2015-2016 che comprende



A cura della
Direzione Diritti
di Cittadinanza
e Coesione Sociale.



A cura della
Direzione Diritti
di Cittadinanza
e Coesione Sociale.

la vaccinazione antinfluenzale, antipneumococcica sulle categorie a rischio e sui nati nel 1950, nonché l'azione di promozione al corretto utilizzo della vitamina D, a cura del team assistenziale della AFT.

Vaccinazione antinfluenzale

Obiettivo prioritario incremento dei tassi di copertura per influenza, in particolare negli anziani

Target:

- soggetti di età ≥ 65 anni.
- soggetti appartenenti alle categorie di rischio.

Vaccinazione antipneumococcica

Tale vaccinazione, ai sensi dell'ACN vigente e come da DGRT 367/2015 è ricompresa nelle campagne regionali di vaccinazione

Target:

- soggetti nati nel 1950
- soggetti appartenenti alle categorie di rischio.

Prevenzione delle complicanze della carenza della vitamina D

Consegna di una confezione contenente 6 fiale di colecalciferolo da 100.000 U.I.

Schema posologico: una fiala per os ogni 2 mesi, per un dosaggio medio mensile di 50.000 U.I. compatibile con i dosaggi giornalieri raccomandati dalle linee guida compresi tra 800 e 1200 U.I. Tale schema posologico è tale da non necessitare il dosaggio della vitamina D3 e non da considerare una somministrazione in bolo che potrebbe essere associata ad un aumento del rischio di frattura all'avvio del trattamento.

Target:

- soggetti di età ≥ 65 anni (entrambi i sessi).

MAURO RUGGERI

Risposte alle domande sulle vaccinazioni

Pubblichiamo le informazioni fornite dal collega Ruggeri, certamente utili per tutti i medici toscani sottoposti in questo periodo a tante domande da parte delle popolazione e nello stesso tempo doverosamente impegnati ad aumentare il numero delle persone vaccinate a tutela della salute di tutti.

1) Come funziona la vaccinazione?

Quando un agente infettivo invade l'organismo per la prima volta, i linfociti predisposti al riconoscimento dei suoi antigeni si espandono e in poco tempo aumenta la concentrazione di anticorpi specifici. Successivamente all'eliminazione dell'agente infettante gli anticorpi specifici permangono ad una concentrazione maggiore e alcuni linfociti specifici che definiamo "cellule della memoria" sono presenti con frequenza più elevata. Ogni qual volta si verifici un successivo contatto con l'agente infettante gli anticorpi specifici avranno una concentrazione maggiore e saranno più rapidamente abili a neutralizzarlo (memoria immunologica).

La vaccinazione simula il primo contatto con l'agente infettante permette l'espansione delle cellule della memoria e degli anticorpi specifici ad un livello tale che, qualora il microrganismo patogeno venga effettivamente incontrato, questo sarà neutralizzato senza che si determinino i sintomi della malattia infettiva e le sue possibili sequele.

2) Che cosa sono i vaccini e come sono fatti?

I vaccini sono prodotti farmaceutici costituiti da piccole quantità di microrganismi causa di

malattie infettive, o da loro componenti privati dopo opportuno trattamento, della capacità infettante ma non di quella immunogena.

Contengono agenti infettivi uccisi o attenuati, alcuni loro antigeni importanti o, infine, sostanze che alcuni microorganismi producono e che vengono adeguatamente trattate per perdere la tossicità (per esempio il tossoide tetanico che deriva dal trattamento della tossina tetanica).

- Vaccini vivi attenuati prodotti a partire da agenti infettanti resi non patogeni generalmente con passaggi successivi in colture cellulari: morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla, tubercolosi (BCG), polio orale (Sabin).

- Vaccini inattivati contengono virus o batteri uccisi con il calore o con sostanze chimiche: epatite A, polio iniettabile (Salk).

- Vaccini prodotti utilizzando molecole provenienti dall'agente infettivo, non in grado di provocare la malattia, in quanto rappresentano solo parte del microrganismo, ma sufficienti ad attivare i meccanismi delle difese immunitarie dell'organismo: tetano, difterite, epatite B (ottenuto con la tecnica del DNA ricombinante), influenza (sub unità), meningococco, pneumococco polisaccaridico, pneumococco coniugato.

Alcuni vaccini possono contenere sostanze adiuvanti per migliorare la risposta immunitaria,

¹ Medico di medicina generale, Commissione Vaccini Regione Toscana

molti contengono piccole quantità di conservanti e stabilizzanti per prevenire contaminazioni e mantenere le proprietà del vaccino durante lo stoccaggio.

3) Qual è la differenza tra vaccino polisaccaridico e vaccino coniugato?

I vaccini polisaccaridici sono efficaci come difesa contro i batteri dotati di una capsula polisaccaridica, inducono una risposta immunitaria



A cura della
Direzione Diritti
di Cittadinanza
e Coesione Sociale.

Tabella 1 – Calendario vaccinale regionale universale (aggiornamento aprile 2015)

Vaccino	Nascita	3° mese	3° mese	4° mese	5° - 6° mese	6° mese	13° mese	13° mese	14°-15° mese	5-6 anni	11-18 anni	11-20 anni	19-64 anni	65 anni	>65 anni
DTPa		DTPa			DTPa		DTPa			DTPa ¹	dTpa ²				
IPV		IPV			IPV		IPV			IPV					
Epatite B **	HBV ³	HBV			HBV		HBV								
Hib **		Hib			Hib		Hib								
MPRV - MPR *									MPRV ⁴	MPRV ⁴	MPR / MPR+Var ⁵				
PCV **		PCV			PCV				PCV					PCV ¹²	
Men C **							Men C ⁵					Men ACWY ⁷			
Men B			Men B ¹¹	Men B ¹¹		Men B ¹¹		Men B ¹¹							
Varicella *												Var ⁸			
HPV **											HPV ⁹				
Influenza **															Influ ¹⁰

Legenda:

DTPa: vaccino antidifto-tetanico-pertossoico acellulare
dTpa: vaccino antidifto-tetanico-pertossoico acellulare per adolescenti e adulti
IPV: vaccino antipolio inattivato
HBV: vaccino anti epatite B
Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b
MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia
MPRV: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia-varicella
PCV: vaccino antipneumococcico coniugato
Men C: vaccino antimeningococcico C coniugato
Men ACWY: vaccino antimeningococcico quadrivalente coniugato ACWY
Men B: vaccino antimeningococcico B
HPV: vaccino antipapilloma virus
Var: vaccino antivariella
Influ: vaccino antinfluenzale

Interpretazione delle indicazioni di offerta per età:

3° mese: dal 61° giorno di vita
4° mese: dal 91° giorno di vita
6° mese: dal 151° giorno di vita
13° mese: dai dodici mesi compiuti (12 mesi+1 giorno)
5-6 anni: dai 5 anni compiuti ai 7 non compiuti
11-18 anni: dagli undici anni compiuti ai 18 non compiuti
11-20 anni: dagli undici anni compiuti al compimento del 20° anno di età

Note: Per gli ulteriori dettagli vedere i capitoli specifici dedicati

* Le vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia, varicella sono offerte gratuitamente a tutti i soggetti anamnesticamente negativi ed ai soggetti a rischio riportati nel capitolo dedicato

** le vaccinazioni contro Epatite B, Hib, Pneumococco, Meningococco, HPV, Influenza, oltre alle classi di età indicate nel presente calendario, sono offerte gratuitamente a tutti i soggetti a rischio riportati nel capitolo dedicato.

1) Dopo il compimento dei 7 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidifto-tetanico-pertossoico acellulare di tipo adolescenziale-adulto (dTpa).

2) Un richiamo si somministra all'età di 11-18 anni (preferibilmente a 14 anni). I successivi richiami verranno eseguiti ogni 10 anni.

Per i soggetti mai vaccinati in precedenza contro il tetano o con anamnesi incerta per il ciclo primario di vaccinazione, questo deve essere eseguito somministrando due dosi di dT seguite da una terza di dTpa.

3) Ai bambini nati da madri positive per HBsAg, somministrare entro le prime 12-24 ore di vita contemporaneamente alle immunoglobuline specifiche anti epatite B; il ciclo va completato con una seconda dose a distanza di 4 settimane dalla prima, con una terza dose dopo il compimento della ottava settimana e con la quarta dose in un periodo compreso tra l'undicesimo ed il tredicesimo mese di vita, anche in concomitanza con le altre vaccinazioni. (vedi capitolo dedicato per le specifiche)

4) La vaccinazione MPRV consta di due dosi di cui la prima al 14-15° mese e la seconda a 5-6 anni

5) Per i soggetti suscettibili per una o più delle malattie previste nel vaccino, 2 dosi a distanza di almeno 1 mese l'una dall'altra. Utilizzare MPRV fino a 12 anni (non compiuti) e MPR+Varicella nelle età successive.

6) Dose singola. Se richiesta nel primo anno di vita (condizioni particolari di rischio) è prevista la somministrazione di 2-3 dosi in base all'età di inizio. Tra il secondo ed il sesto anno di vita è inoltre previsto il recupero dei bambini mai vaccinati, somministrando una singola dose.

7) Nella fascia di età compresa tra gli 11 ed i 20 anni preferenzialmente all'età di 12 anni, è opportuna la verifica ed il recupero degli adolescenti non vaccinati nell'infanzia (dose singola vaccino quadrivalente coniugato ACWY). Agli adolescenti già vaccinati nell'infanzia, sarà offerta gratuitamente ed attivamente 1 dose (booster) con vaccino quadrivalente coniugato ACWY. La vaccinazione è offerta gratuitamente fino al compimento del 20° anno.

8) Soggetti anamnesticamente negativi. Somministrare due dosi a distanza di almeno 4 settimane l'una dall'altra.

9) Solo per il sesso femminile. L'offerta gratuita si intende dagli undici anni compiuti ai 18 non compiuti secondo le modalità di offerta attiva o a richiesta indicate nella DGR n. 678/2012.

10) 1 dose annuale.

11) La vaccinazione contro il meningococco B consta di 4 dosi: la prima si somministra a metà del terzo mese di vita (76° giorno di vita, 15 giorni dopo esavalente+pneumo), la seconda a metà del quarto mese di vita (106° giorno di vita, 1 mese dopo la prima dose di Men B), la terza all'inizio del sesto mese di vita (151° giorno di vita, 1 mese dopo la seconda dose di esavalente+pneumo), la quarta al tredicesimo mese di vita (15 giorni dalla terza dose di esavalente +Men C)

12) La vaccinazione antipneumococcica nell'età adulta, con vaccino coniugato 13 valente, è introdotta a partire dalla coorte dei sessantacinquenni (nel 2015 nati nel 1950)



A cura della
Direzione Diritti
di Cittadinanza
e Coesione Sociale.

relativamente debole (soprattutto anticorpi IgM), determinano una risposta cellule T indipendenti, anche dosi ripetute non inducono una risposta "booster". La coniugazione di antigeni polisaccaridici ad una proteina carrier (ad esempio tossina inattivata) determina una risposta cellule T dipendente, le cellule T helper attivate inducono

la risposta umorale delle cellule B, vengono prodotti anticorpi IgG, si forma un maggior numero di cellule della memoria, si determina una risposta "booster". Quindi la coniugazione migliora nettamente la qualità e la durata della risposta immunitaria. Tra i vaccini polisaccaridici coniugati ricordiamo: Haemophilus influenzae b, menin-

Tabella 2 - Sintesi delle vaccinazioni per i soggetti a rischio

Vaccino	Gravidanza ⁴	Immunodeficienza congenita ¹ , condizioni associate a immunodepressione ²⁻³ (es. trapianto d'organo o terapia antineoplastica, compresa la terapia sistemica corticosteroidica ad alte dosi) perdita di fluidi cerebrospinali	infezione da HIV		Diabete (con complicanze o non controllato), malattie polmonari croniche, alcolismo cronico	Asplenia anatomica o funzionale, candidati alla splenectomia, deficienza terminale del complemento	Malattie epatiche croniche gravi	Insufficienza renale cronica, riceventi fattori della coagulazione concentrati	Operatori sanitari
			conta dei linfociti T CD4+						
dTpa			< 200/μL	≥ 200/μL					
1 DOSE BOOSTER OGNI 10 ANNI									
MPR			CONTROINDICATO (1)			2 DOSI (0, 4-8 SETTIMANE)			
Varicella			CONTROINDICATO (1)			2 DOSI (0, 4-8 SETTIMANE)			
Influenza			1 DOSE ANNUALE						
Pneumococco			2 DOSI (INIZIALE PCV13+PPV23 A NON MENO DI 8 SETT.)						
Epatite B			3 DOSI (0,1,6 MESI)						
Epatite A			2 DOSI (0, 6-12 MESI)						
Meningococco coniugato ACWY135			1 DOSE (vedi note specifiche per i soggetti ad alto rischio)						
Meningococco B			2 DOSI (vedi note specifiche per i soggetti ad alto rischio) - per gli intervalli tra le dosi in base all'età, vedi quanto riportato nella scheda tecnica						
HPV			3 DOSI						
Hib			1 DOSE						

 Per tutte le persone in questa categoria con requisiti di età e/o che manchino di evidenza di immunità (es. perdita di documenti di vaccinazione o non evidenza di precedente infezione)

 Raccomandato se altri fattori di rischio sono presenti (es. stili di vita o altre indicazioni)

 Controindicato

NOTE IMPORTANTI

I vaccini inattivati possono essere somministrati a pazienti immunodepressi. Alcuni vaccini sono addirittura consigliati proprio per lo stato di immunosoppressione (es. influenza, pneumococco, meningococco, Haemophilus influenzae tipo b). la risposta al vaccino può essere, nel caso del paziente immunodepresso, tanto più ridotta quanto maggiore è lo stato di immunosoppressione.

1) Immunodeficienze congenite - Le immunodeficienze congenite sono di oltre 200 tipi diversi. Per alcune di esse i vaccini vivi attenuati (MPR, V o MPRV) non solo non sono controindicati ma sono fortemente raccomandati in quanto il rischio di complicanze per malattia naturale è superiore a quello dei soggetti normali (es. deficit selettivo di IgA, deficit dei granulociti neutrofilii, difetti del complemento, etc.). In presenza di immunodeficienza congenita, dovrà essere approfondita individualmente la serie di vaccini raccomandati o controindicati tramite opportuna consulenza immunologica o contattando i centri che effettuano le vaccinazioni in ambiente protetto.

2) Condizioni associate a immunodepressione - I soggetti con leucemia, linfoma o altri tumori non dovrebbero ricevere vaccini vivi. Tali vaccini possono invece essere somministrati ai conviventi di tali pazienti. I pazienti che fanno chemioterapia o radioterapia non possono ricevere vaccini vivi. Le vaccinazioni con vaccini vivi attenuati sono indicate in caso di tumore in fase di remissione, quando la chemioterapia è stata interrotta da almeno 3 mesi e con parametri immunologici compatibili. Le vaccinazioni con vaccini vivi attenuati sono controindicate in pazienti che usano farmaci biologici (es. anti-TNF come Infliximab) e possono essere somministrati solo dopo un mese dalla sospensione della terapia biologica.

3) Terapia sistemica corticosteroidica ad alte dosi - Vaccini vivi attenuati sono controindicati temporaneamente fino a **3 mesi dopo** la sospensione del trattamento solo per terapie cortisoniche sistemiche (non locali o inalatorie) di durata >2 settimane con dosaggio giornaliero >2 mg/kg/die o pari a 20 mg/die di prednisone equivalente.

4) Gravidanza - Le vaccinazioni con vaccini vivi sono controindicate; le vaccinazioni con vaccini inattivati sono indicate solo dopo il primo trimestre di gestazione (vedi testo per dettagli). I vaccini inattivati possono essere somministrati a pazienti immunodepressi. Alcuni vaccini sono addirittura consigliati proprio per lo stato di immunosoppressione (es. influenza, pneumococco, meningococco, Haemophilus influenzae tipo b). la risposta al vaccino può essere, nel caso del paziente immunodepresso, tanto più ridotta quanto maggiore è lo stato di immunosoppressione.

Reazioni collaterali a vaccini: reazioni generali	
LIEVI	
•Febbre superiore a 38° ma inferiore a 39,5°	Possono avere insorgenza precoce (poche ore) o tardiva (7-10 giorni), in relazione allo specifico vaccino, con frequenza variabile dal 5% al 20%
•Disappetenza, mal di testa, vomito, diarrea, stitichezza	
•Eruzioni cutanee	
•Gonfiore dei linfonodi	
•Irritabilità	
GRAVI	
•Febbre superiore a 39,5°	Sono rarissime
•Convulsioni	
•Collasso	
•Paralisi flaccida	
•Manifestazioni allergiche generalizzate	
•Shock anafilattico	

gococco C, meningococco tetravalente (A,C, W 135, Y), pneumococco 7 valente, pneumococco 10 valente, pneumococco 13 valente.

4) Chi individua le vaccinazioni da somministrare?

Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) individua le vaccinazioni da eseguire in Italia e a quali soggetti. Le Regioni, inoltre, in base a valutazioni di ordine epidemiologico e delle priorità, possono estendere in autonomia l'offerta vaccinale. La Regione Toscana con la DGRT 823/2014 ha previsto l'unificazione del calendario regionale delle vaccinazioni "per la vita" con un unico piano di immunizzazione per l'età evolutiva, l'adolescenza, l'età adulta. **IL CALENDARIO VACCINALE UNIVERSALE** è stato aggiornato con DGRT 571 del 27 aprile 2015.

Le vaccinazioni previste dalla Regione Toscana nel calendario regionale universale come offerta attiva e gratuita, sono schematizzate, con i relativi intervalli, nella Tabella 1, mentre le vaccinazioni per i soggetti a rischio sono indicate nella Tabella 2.

5) Le vaccinazioni sono obbligatorie?

Attualmente in Italia per tutti i nuovi nati sono obbligatorie le vaccinazioni contro la difterite, il tetano, la poliomielite e l'epatite virale B.

Le altre importanti vaccinazioni sono raccomandate e comprese nel calendario vaccinale universale. L'obbligo di legge che ha sicuramente prodotto risultati considerevoli come l'eliminazione della difterite e l'eradicazione della poliomielite deve essere superato. La distinzione tra obbligatorie e raccomandate non ha alcun senso e tutte le vaccinazioni di comprovata efficacia devono essere ugualmente eseguite non tanto per imposizione legale ma per scelta consapevole.

6) Si possono somministrare contemporaneamente più vaccini?

Sì, di norma. Esistono in commercio molti vaccini combinati come ad esempio il vaccino esavalente difterite-tetano-pertosse-polio-epatite

B, Haemophilus influenzae b, il vaccino combinato difterite-tetano-pertosse, il vaccino morbillo-parotite-rosolia e quello morbillo-parotite-rosolia-varicella.

Se utilizziamo vaccini separati a virus vivo attenuato questi possono essere somministrati contemporaneamente in sedi diverse d'iniezione.

Se non sono somministrati contemporaneamente tra le due somministrazioni deve passare almeno 1 mese.

7) Si può vaccinare un soggetto immunocompromesso?

Nei soggetti con immunodeficienza congenita od acquisita per patologie o per terapie immunosoppressive la somministrazione di vaccini a virus vivi attenuati è controindicata. Gli altri vaccini inattivati non sono controindicati ma l'efficacia della vaccinazione potrà risultare molto ridotta o assente in base al grado di immunocompromissione.

Dopo una terapia cortisonica a dosi immunosoppressive, di norma si deve attendere 1 mese prima di eseguire una vaccinazione.

8) Si possono vaccinare le donne in gravidanza?

I vaccini a virus vivo attenuato sono controindicati. Dopo la vaccinazione antirosolia la donna deve evitare la gravidanza per almeno 1 mese. I vaccini inattivati possono essere tranquillamente somministrati durante la gravidanza. Il vaccino antinfluenzale è raccomandato per le donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel II e III trimestre di gravidanza.

9) Quando non si può fare una vaccinazione?

Le controindicazioni possono essere:

temporanee

- malattie acute con febbre di grado elevato;
- vaccinazioni con virus vivi attenuati se nei 30 giorni precedenti è stato somministrato un altro vaccino a virus vivo;
- terapia con farmaci immunosoppressori o cortisonici ad alte dosi;
- donna incinta o che potrebbe diventarlo entro 1 mese (MPR, varicella);
- HIV fino a quando i CD4 + permangono < 200 (MPR, varicella). Per gli altri vaccini inattivati non sussiste pericolo nella somministrazione, ma eventualmente ridotta efficacia.

definitive

- gravi reazioni ad una precedente dose di vaccino;
- deficit immunitari congeniti e acquisiti.

10) Quali sono le reazioni collaterali delle vaccinazioni?

I vaccini sono sicuri e generalmente ben tollerati. Si possono verificare reazioni locali normalmente lievi, solo raramente reazioni generali gravi.



A cura della
Direzione Diritti
di Cittadinanza
e Coesione Sociale.

STEFANO MAZZOLENI, FEDERICO POSTERARO

La riabilitazione robotica: lo stato dell'arte



Stefano Mazzoleni, Ricercatore c/o l'Ist. di BioRobotica della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Coord. del Laboratorio di Bioingegneria della Riabilitazione c/o il Centro di Riabilitazione Auxilium Vitae di Volterra. Svolge attività di docenza c/o l'Univ. di Pisa.



Federico Posteraro, è Direttore del Dipartimento di Riabilitazione della ASL 12 di Viareggio e medico coordinatore del Laboratorio di Bioingegneria della Riabilitazione del Centro di Riabilitazione Auxilium Vitae di Volterra. Si occupa da molti anni dell'utilizzazione di robot ed altre tecnologie avanzate in riabilitazione partecipando a progetti di ricerca nazionali ed internazionali.

Nelle società industrializzate diversi fattori concorrono a determinare una sempre maggiore necessità di prestazioni riabilitative a complemento e supporto degli interventi sanitari in fase acuta: la crescente longevità della popolazione, l'esigenza di ridurre i tempi di degenza ospedaliera, l'introduzione di terapie che permettono di trattare patologie progressive altamente invalidanti, l'incremento di incidenza di disabilità gravi derivante dall'aumento di attività a rischio di incidenti e traumi, l'utilizzo di tecniche avanzate di rianimazione.

La necessità di una terapia riabilitativa appropriata ha una sempre maggiore rilevanza in molte patologie motorie di origine neurologica ed in questo caso si parla più specificamente di neuroriabilitazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, ogni anno, 15 milioni di persone in tutto il mondo sono colpite da un ictus e 5 milioni di queste vivono con una disabilità permanente. Ogni anno si verificano in Italia circa 196.000 casi di ictus: in circa il 20% di questi casi si verifica il decesso entro il primo mese successivo all'evento e il 30% dei sopravvissuti rimane affetto da disabilità gravi. L'incidenza dell'ictus aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il valore massimo negli ultra ottanta-cinquenni. Anche se l'ictus colpisce, sia pure in misura minore, anche persone giovani, circa 27.000 persone in età produttiva (<65 anni) ogni anno. Negli USA, la stima del costo delle cure di ospedalizzazione a causa di ictus per il 2009 è di \$68,9 miliardi.

In molti casi le metodiche riabilitative motorie tradizionali consistono nella manipolazione dell'arto paretico da parte del terapeuta anche se per molti disordini motori non è ancora sufficientemente chiaro quali siano i trattamenti terapeutici e i protocolli clinici che risultino oggettivamente più efficaci per il migliore recupero della funzionalità motoria; ciò deriva anche dal fatto che le abilità residue del paziente vengono spesso valutate mediante metodi in larga misura soggettivi, il che rende difficile monitorare adeguatamente gli effetti del trattamento riabilitativo sul paziente.

L'impiego di macchine robotiche per la neuroriabilitazione si ispira a evidenze in ambito neurofisiologico che dimostrano come, a par-

tire dal livello cellulare, le connessioni sinaptiche subiscano continue modifiche, in risposta a eventi fisiologici, stimoli ambientali (processi di apprendimento e memorizzazione) e danni al Sistema Nervoso Centrale. La topologia della corteccia motoria e sensoriale non è fissa, ma flessibile e si adatta in base all'apprendimento e all'esperienza. Questa caratteristica della corteccia motoria ha importanti conseguenze per la riabilitazione: ci sono aree della corteccia cerebrale che hanno la capacità di adattare le loro funzioni ai cambiamenti avvenuti, l'addestramento intensivo di un'area corticale può avvenire alle spese di aree circostanti e possono verificarsi rapidi cambiamenti dell'attività corticale.

L'apprendimento sensorimotorio può essere facilitato mediante la ripetizione di movimenti finalizzati ad un obiettivo specifico (*goal-oriented*), il rafforzamento dei muscoli e l'aumento dell'escursione del movimento (*ROM, Range of Movement*), la modulazione della spasticità, un'aumentata richiesta di focalizzazione dell'attenzione sul movimento e l'incremento degli stimoli sensoriali.

Negli ultimi anni vari gruppi di ricerca hanno sviluppato sistemi robotici per la riabilitazione, in grado di permettere al paziente di effettuare movimenti ripetitivi e *goal-oriented*, che consentono di effettuare un addestramento sicuro ed intensivo che può essere effettuato in associazione ad altri tipi di trattamento, appropriato a ciascun livello di abilità motorie residue, potenzialmente in grado di migliorare in maniera significativa gli esiti della terapia riabilitativa, di permetterne una valutazione oggettiva e di migliorare la pianificazione e l'utilizzo delle risorse sanitarie.

Attualmente i sistemi robotici per gli arti superiori possono essere raggruppati in due principali tipologie: i sistemi ad effetto finale (*end-effector*) e gli esoscheletri. I primi consistono in dispositivi in cui l'interazione fra la struttura meccanica ed il paziente è limitata all'effetto finale con cui il soggetto entra in contatto e che può essere rappresentato da un'interfaccia meccanica (ad es., manopola, pedale). Tra questi robot possono essere annoverati, solo come alcuni esempi, il sistema, relativamente semplice, denominato Gentle/s (Figura 1) oppure il più complesso ARM Guide (Figura 2) e l'italiano



Figura 1 - Sistema robotico MIME



Figura 2 - Sistema robotico ARM Guide

Braccio di Ferro (Figura 3) che ha la possibilità di svolgere attività sia mono che bimanuali. Il vantaggio di tali sistemi consiste nella capacità di adattarsi alle capacità motorie residue del paziente. I secondi, come ad esempio Armeo Power della azienda svizzera Hocoma (Figura 4) si basano su sistemi meccatronici indossabili nei quali l'interfaccia uomo-macchina è estesa a tutto l'arto o ad una parte di esso. In questo modo il sistema esegue lo stesso tipo di movimento effettuato dal paziente ed il numero di gradi di libertà della macchina risulta essere uguale a quello delle articolazioni su cui il sistema viene applicato. Questo secondo tipo di sistemi robotici, a differenza di quelli *end-effector*, consente di poter controllare le singole articolazioni dell'arto paretico. D'altra parte il controllo di tali sistemi è molto più complesso rispetto ai sistemi *end-effector* in particolare quelli con molti gradi di libertà (Figura 5)

Nella fase riabilitativa assistita dal robot, il ruolo del paziente è assolutamente centrale: il robot accompagna, ed eventualmente completa, il movimento eseguito dal paziente in base

alle sue capacità motorie residue (strategia di controllo denominata "*assisted-as-needed*") e consente di ricevere molteplici input sensorimotori e cognitivi, ovvero stimoli propriocettivi, stimoli visivi, spinte motivazionali.

Mediante opportuni sensori, il robot è in grado di misurare le variabili dinamiche di interesse clinico durante l'esecuzione di movimenti attivi e passivi da parte del paziente e di permettere così una valutazione quantitativa degli specifici meccanismi fisiologici, dei recuperi spontanei e dell'abilità funzionale. Tale valutazione risulta molto più accurata di quanto non sia possibile con i metodi tradizionali. Inoltre, la macchina può consentire al terapeuta di programmare e di fare eseguire al paziente una vasta gamma di sequenze di movimenti utili per la riabilitazione dell'arto.

L'applicazione di sistemi robotici nella riabilitazione soffre ancora di alcune lacune, soprattutto in ambito normativo ed assicurativo, che ne limitano l'introduzione nella pratica clinica, sebbene l'efficacia dei trattamenti riabilitativi basati sul loro utilizzo è stata dimostrata, almeno



Figura 3 - Sistema robotico Braccio di Ferro



Figura 4 - Sistema robotico Armeo Power - Hocoma

parzialmente. Vi sono solidi argomenti che incoraggiano i ricercatori a sviluppare nuovi sistemi per la riabilitazione che traggano diretto vantaggio dal progresso scientifico e tecnologico nel campo della robotica e delle neuroscienze.

Il potenziale clinico di queste macchine è notevole in quanto esse possono, da un lato, coadiuvare il terapeuta nel somministrare la terapia motoria ritenuta più adeguata per ogni singolo paziente con la precisione e la ripetibilità caratteristiche dei sistemi robotici e, dall'altro, permettere di acquisire informazioni quantitative sui movimenti effettuati dal paziente stesso, attraverso le registrazioni di variabili fisiche associate al movimento, eseguite durante la terapia. Tali informazioni possono risultare utili sia per la valutazione delle funzionalità motorie del paziente, sia per acquisire nuove conoscenze di base sul movimento e sui meccanismi di recupero della funzionalità motoria. Tali macchine possono inoltre permettere al paziente di svolgere sedute riabilitative in modo semi-autonomo, in linea di principio anche dalla propria abitazione (tele-riabilitazione), con un notevole vantaggio in termini di migliore qualità di vita e riduzione della spesa.

La maggior parte dei pazienti post-ictus è in grado di recuperare una deambulazione indipendente, ma molti di loro non riescono a riprendere l'uso funzionale degli arti superiori, anche dopo un prolungato trattamento riabilitativo: queste limitazioni funzionali sono responsabili di una notevole riduzione della qualità della vita. Un anno dopo l'evento acuto, i

pazienti vengono di norma considerati cronici e le terapie riabilitative vengono spesso sospese. Recenti studi hanno dimostrato che i miglioramenti nelle capacità motorie indotti dalle terapie riabilitative, somministrate da 6 a 12 mesi dopo l'evento acuto, possono verificarsi anche in soggetti con danno cronico agli arti superiori.

Purtroppo, i metodi tradizionali per la riabilitazione post-ictus mostrano alcuni inconvenienti: essi richiedono un'intensa interazione manuale da parte di fisioterapisti e i trattamenti devono essere forniti su base giornaliera per diverse settimane, rendendo particolarmente difficile e costosa la somministrazione di un trattamento intensivo per ciascun paziente. I sistemi robotici per la riabilitazione sono in grado di fornire una terapia motoria sicura ed intensiva. Inoltre, l'addestramento con il supporto del robot può essere estremamente preciso, intenso e prolungato. I sistemi robotici consentono anche di misurare i progressi del paziente in modo oggettivo, aumentare l'efficacia del trattamento e ridurre i costi associati al sistema sanitario.

Diverse recensioni hanno dimostrato che i trattamenti sensorimotori assistiti da robot e i movimenti ripetitivi *goal-oriented* possono migliorare la forza muscolare e la coordinazione motoria in pazienti con danni neurologici, anche se gli studi mostrano un impatto limitato sulle abilità da parte dei pazienti nelle attività di vita quotidiana (*ADL, Activities of Daily Living*).

TM

Info: f.posteraro@usl12.toscana.it



Figura 5 - Sistema robotico a 7 gradi di libertà per l'arto superiore

ANDREA CORATTI, LAPO BENCINI¹, MICHELE DI MARINO¹,
MARCO FARSI¹, MARIO ANECCHIARICO¹

La chirurgia robotica a Firenze

Dal 1 gennaio 2014 è disponibile presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi un nuovo sistema per la Chirurgia Robotica in utilizzo alla Chirurgia Generale, da affiancare ad un altro analogo già presente dal 2002 dedicato all'Urologia. Della coordinazione del programma robotico in Chirurgia Generale è stato incaricato il Dott. Andrea Coratti, Direttore della Struttura Operativa Dipartimentale (SOD) di Chirurgia Oncologica ad Indirizzo Robotico. Il programma coinvolge, ovviamente, tutte le SOD di Chirurgia Generale dell'Azienda e, più di recente, la SOD di Ginecologia. Dal mese di luglio 2015 è in utilizzo un terzo robot di ultima generazione che amplierà la gamma di accesso anche ad altre branche chirurgiche come l'otorinolaringoiatria, la Chirurgia Toracica e le Unità Operative di Chirurgia di Area Vasta.

Da poco più di un decennio, la chirurgia robotica è stata introdotta nella pratica clinica come evoluzione tecnologica della laparoscopia tradizionale e allo scopo finale di superarne alcune delle limitazioni intrinseche (ergonomia, visione, riproducibilità).

Inizialmente concepito per scopi militari, per utilizzarlo in manovre mediche in ambienti ostili, il "robot chirurgico" è stato successivamente sviluppato dalla NASA con l'intento di eseguire interventi a lunga distanza. Qualche decennio dopo gli iniziali progetti, il robot chirurgico è stato sviluppato e reso operativo nella pratica clinica (in Chirurgia Generale dal 2000) seguendo un principio antropomorfo, così che le capa-

cià di movimento del sistema siano pensate in modo da mimare quelle del chirurgo.

In realtà, le applicazioni di "chirurgia a distanza", pur già sperimentate (es. colecistectomia robotica transoceanica eseguita nel 2002 con chirurghi in Francia e paziente negli Stati Uniti) si sono dimostrate attualmente irrealizzabili su larga scala per limiti tecnici ed economici, a fronte di una reale scarsa esigenza pratica.

In estrema sintesi, il sistema è dotato di tre componenti maggiori: la *console* dove si trova il chirurgo, il *carrello* chirurgico e la colonna con lo *schermo* e *gli altri dispositivi* da interfacciare.

La console chirurgica è il posto di lavoro del chirurgo e contiene i seguenti elementi: due controller con i quali viene controllato il movimento delle braccia robotiche, un visore, un touchpad, alcuni pulsanti ed una pedaliera. I controller sono due joystick all'interno dei quali il chirurgo posiziona due dita e può così controllare i movimenti delle braccia robotiche. Sono costruite mimando un braccio umano con una porzione a polso che permette di orientare la punta dello strumento nel campo chirurgico, due articolazioni, tipo gomito e spalla, che permettono invece di muovere lo strumento nella giusta direzione (Figura 1).

Lo schermo permette di vedere il campo chirurgico in 3D ad alta definizione, con la possibilità di caricare diverse altre informazioni simultaneamente, come ad esempio le immagini radiologiche, che diventano così accessibili alla vista del chirurgo senza dover distogliere lo



Andrea Coratti, Laureato e spec. in Chirurgia Generale c/o l'Univ. di Sl. Già Dirigente medico c/o la Div. di Chir. Gen. dell'Osp. Misericordia di GR. Già Dir. della Chir. Gen. c/o l'Osp. di GR, Resp. dell'Area Funzionale Chir. Dir. della Div. di Chir. Gen. Oncol. a Indirizzo Robotico. A Careggi ha curato l'introduzione della tecnologia robotica in Chir. Gen., con particolare riferimento alla cura delle patologie oncol. dell'apparato digerente superiore, epato-bilio-pancreatiche e colo-rettali.



Figura 1 - Controller

¹ Dipartimento di Oncologia. Struttura Organizzativa Dipartimentale di Chirurgia Oncologica ad Indirizzo Robotico. Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

Figura 2 - Visione simultanea del campo e dell'immagine ecografica



sguardo dal sito. Inoltre, diventa possibile per il chirurgo la realizzazione di un'accurata ecografia intraoperatoria analogamente a quanto si fa in chirurgia open. La sonda ecografica robotica non viene montata su un braccio, ma viene inserita attraverso un port standard laparoscopico; una volta in addome viene presa da uno strumento robotico che ne permette una manipolazione con tutti i gradi di libertà di movimento dello strumento robotico. Questa caratteristica ha permesso di superare la limitazione di movimento propria della sonda laparoscopica. In più la sonda robotica è direttamente manovrata dal chirurgo dalla console e non da un operatore, evitando così problemi di interpretazione interpersonale (Figura 2).

Attualmente con le nuove ottiche è possibile anche utilizzare la fluorescenza sfruttando come tracciante il verde di indocianina. A seconda del timing di iniezione di tale tracciante, si possono in *real-time* visualizzare la vascolarizzazione arteriosa, venosa e il metabolismo biliare. Tali informazioni sono di estrema importanza per la migliore identificazione dell'anatomia, della vascolarizzazione di anastomosi e del comportamento di lesioni sospette neoplastiche. Queste informazioni, assieme all'ecografia intraoperatoria, riescono, in parte, a fare superare il problema dell'assenza del feedback tattile.

Grazie alla funzione "picture-in-picture" sono in sviluppo anche sistemi di "navigazione" che sfruttano la tecnologia a realtà aumentata, basandosi sull'integrazione e la sovrapposizione in tempo reale tra modelli dati dall'elaborazione di immagini radiologiche e immagini del campo operatorio, consentendo anche di pianificare l'intervento del singolo paziente in base a ricostruzioni fornite dagli esami di imaging (Figura 3).

Il touchpad permette di selezionare le preferenze del robot come il livello di zoom, la messa a fuoco, il controllo delle braccia ad un'ulteriore

console e l'ergonomia della console. La pedaliera è localizzata alla base della console e permette l'interfaccia tra varie funzioni senza dover spostare lo sguardo dallo schermo.

Il carrello chirurgico (Figura 4) è la componente operativa del robot: la sua funzione è quella di contenere le braccia con gli strumenti e la telecamera. È composto dalle articolazioni di setup, dalle braccia con gli strumenti, dal braccio con la telecamera, dagli strumenti EndoWrist e da un endoscopio.

Le articolazioni di setup permettono la mobilitazione ed il cambio della strumentazione, da parte dell'assistente al tavolo, a seconda delle necessità del chirurgo.

Le braccia sono il sostegno per la strumentazione EndoWrist, per la telecamera e l'endoscopio. Gli strumenti EndoWrist vi vengono installati all'interno dopo che il braccio è bloccato sul port inserito nel paziente. La tecnologia EndoWrist ha permesso di ottenere una strumentazione con sette gradi di libertà ed un'escursione di 90° del polso dello strumento, rendendo possibili movimenti altrimenti non fattibili con la strumentazione laparoscopica standard.

La visione stereoscopica magnificata e la stabilità dell'immagine del campo operatorio migliorano, rispetto alla laparoscopia tradizionale, le capacità chirurgiche nell'eseguire dissezioni difficili e nel suturare, facilitando l'esecuzione di anastomosi intracorporee. Viene inoltre ristabilita la coordinazione occhio-mano spesso persa in laparoscopia, grazie all'allineamento coassiale di visore, mani e immagine operatoria. Il tremito fisiologico è rimosso grazie un'interfaccia meccanica computerizzata. Tutte queste caratteristiche dovrebbero potenzialmente consentire di riprodurre i movimenti delle mani umane all'interno della cavità addominale. L'utilizzo delle braccia robotiche permette di mantenere una forza costante nel sollevare e divaricare i

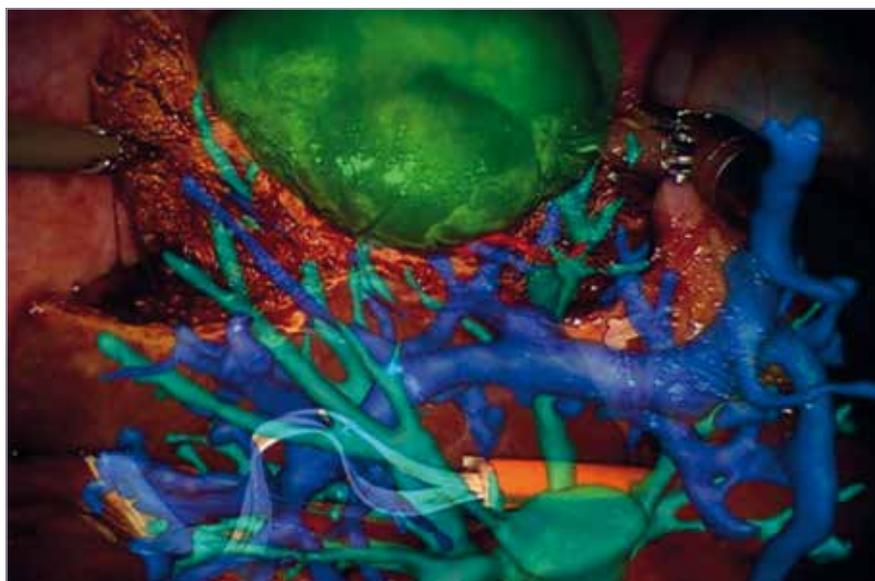


Figura 3 - *Augmented-reality navigation*

tessuti, nell'ottenere trazioni fisse che contribuiscono alla stabilità del campo operatorio, anche quando si lavora in spazi ristretti e profondi.

Allo stato attuale, l'utilizzo delle piattaforme robotiche si è dimostrato un valido aiuto nell'ampliamento dell'applicazione della chirurgia mininvasiva, così com'era già avvenuto nel campo della chirurgia urologica. In Italia sono installati ed operativi oltre 70 robot chirurgici, di cui 9 in Toscana nelle strutture pubbliche. In ambito urologico, molte procedure sono state ampiamente validate (es. prostatectomia radicale per cancro ed interventi "parenchyma preserving" sul rene) ed il robot dedicato all'Urologia di Careggi esegue oltre 500 procedure all'anno. Dall'inizio del programma robotico in Chirurgia Generale ad oggi sono invece stati eseguiti oltre 250 interventi, compresi la chirurgia colo-rettale, la chirurgia gastrica ed epatobilio-pancreatica avanzata.



Figura 4 - *Carrello chirurgico*

Teoricamente, le indicazioni alla chirurgia robotica sono considerate le stesse della chirurgia laparoscopica convenzionale. Al contrario, in alcuni interventi di chirurgia maggiore addominale (pancreatectomie, gastrectomie, resezioni epatiche maggiori o complesse), la chirurgia robotica potrebbe rappresentare un'opzione di scelta, da confrontare, eventualmente, con la chirurgia open essendo la chirurgia laparoscopica tradizionale enormemente complessa e scarsamente utilizzata dalla maggior parte dei chirurghi.

Applicazione della Chirurgia Robotica in ambito Oncologico

La chirurgia robotica è validata come sicura, efficace e certamente superiore alle tecniche open, in molti interventi per patologia benigna come la malattia da reflusso gastroesofago, la surrenectomia o la cardiomiectomia esofagea per l'acalasia. Tuttavia, gli ottimi ed analoghi risultati della laparoscopia tradizionale, a fronte di un minore impegno economico, ne rendono l'utilizzo routinario quantomeno discutibile.

Secondo la nostra opinione, che ricalca gli obiettivi regionali ed aziendali di sviluppo della robotica, i maggiori vantaggi si possono ottenere negli interventi di chirurgia addominale più complessa, eseguiti in massima parte per problematiche oncologiche. D'altro canto, è proprio in taluni di questi interventi che la chirurgia laparoscopica può incontrare le maggiori difficoltà applicative ed i limiti intrinseci della metodica.

La chirurgia robotica permette, infatti, una notevole accuratezza nell'asportazione dei linfonodi regionali in corso di chirurgia esofago-gastrica per cancro, oltre a rendere l'intervento miniinvasivo più agevole e riproducibile rispetto all'equivalente laparoscopico/toracoscopico.

Analogo concetto può essere dimostrato per quanto riguarda la tecnica ricostruttiva anastomotica, possibile anche per via totalmente "manuale", intendendo per manuale le suture

robotiche. Numerosi studi riportano una riduzione delle complicanze peri o post-operatorie soprattutto in quelle forme tumorali non iniziali dove è necessaria una estesa asportazione dei linfonodi. Per queste ragioni, la chirurgia robotica può offrire la possibilità in alcuni casi di operare tumori di dimensioni cospicue, che non potrebbero essere operati in laparoscopia, ma che necessiterebbero di un intervento tradizionale.

In chirurgia colo-rettale, ove la laparoscopia tradizionale rappresenta il "gold-standard", la robotica rende più agevole, ad esempio, la dissezione del mesoretto in corso di resezione anteriore per cancro, agevolando le manovre chirurgiche e la scelta di corretto piano chirurgico. La perfetta visualizzazione dei plessi nervosi autonomi aumenta la sicurezza dell'intervento ed il risparmio di strutture importanti per la funzione sessuale e vescicale. Sempre in ambito rettale, la visione 3D e l'accesso ottimale al piano profondo, rende la dissezione agevole fino al piano intersfinterico, rendendo possibili resezioni ultrabasse e colo-anoanastomosi tecnicamente difficili sia in laparoscopia che a cielo aperto.

Anche nella patologia colo-rettale, l'ausilio del robot chirurgico offre la possibilità di operare tumori di dimensioni maggiori ed in pazienti obesi, che difficilmente potrebbero essere conclusi in laparoscopia senza una conversione in intervento tradizionale. Ci sono evidenze di Letteratura che i tassi di conversione degli interventi in chirurgia robotica siano sensibilmente inferiori a quelli della chirurgia laparoscopica, questo aumentando le possibilità di diffusione ed utilizzo di un approccio miniinvasivo.

In chirurgia epatica ed epato-biliare l'accuratezza della robotica rende più agevole e sicuro l'approccio miniinvasivo alle epatectomie estese (esempio le epatectomie destre) ed alle resezioni dei segmenti postero-laterali, ad oggi considerati di difficile esecuzione con tecnica laparoscopica.

Per quanto concerne la chirurgia pancreatico-epatica, la robotica appare promettente per l'esecuzione degli interventi di duodenocefalopancreasectomia (tumori pancreatici e periampollari) ad oggi considerati raramente eseguibili per via laparoscopica. L'accuratezza della fase ricostruttiva, che riguarda strutture di pochi millimetri, come la via biliare o l'anastomosi entero-pancreatica, rendono la robotica quasi indispensabile nella programmazione di un intervento completamente miniinvasivo.

Per i tumori border-line pancreatici del corpo-coda (es. lesioni cistiche a potenziale di malignità), numerosi studi riportano che la robotica possa risultare utile nell'aumentare il tasso di conservazione della milza, ovvero nell'esecuzione di una corretta linfadenectomia in caso di malignità franca. I piccoli tumori neuroendocrini, approcciati con tecnica robotica e localizzati accuratamente con l'ecografia intraoperatoria, rappresentano un'altra ottima indicazione.

In quasi tutte le esperienze riportate di chi-

urgia addominale, la chirurgia robotica si è dimostrata in grado di ridurre le perdite di sangue e conseguentemente la necessità di eseguire emo-trasfusioni perioperatorie.

Infine, da un punto di vista strettamente clinico-oncologico, l'esecuzione di un intervento miniinvasivo robotico, laddove non esista o non sia codificato in maniera routinaria un corrispettivo laparoscopico, offre la possibilità al paziente di iniziare precocemente il trattamento di Chemioterapia post-operatoria adiuvante (contro un normale tasso di solo il 50%) ipotizzando un vantaggio globale del trattamento integrato in termini di sopravvivenza.

Pregi e difetti della Chirurgia Robotica

È indubbio che la chirurgia robotica rappresenti quanto di più tecnologicamente avanzato sia disponibile in chirurgia, introducendo una sorta di rivoluzione culturale nello specifico campo di applicazione. Concettualmente, il robot chirurgico può essere visto come un'interfaccia computerizzata ed integrata con numerose altre tecnologie, posta fra il chirurgo ed il paziente stesso. Per la prima volta, una "macchina" è in grado di modificare in senso migliorativo il gesto tecnico rendendolo fluido, stabile e preciso. La sovrapposizione dell'imaging (ecografia e doppler) e la visione 3D rendono l'intervento più agevole ed ergonomico per il chirurgo che, parallelamente, sarà in grado di offrire maggiore sicurezza al paziente.

Tra le note problematiche vi è la mancanza del cosiddetto "feedback tattile" ovvero la sensazione tattile degli organi che si stanno maneggiando. Da non trascurare anche l'allungamento dei tempi di montaggio e di posizionamento di tutti i componenti, che rendono laborioso l'allestimento della sala operatoria.

Un'altra limitazione è l'ovvio incremento dei costi iniziali di acquisizione della macchina che, sommati a quelli di manutenzione e di acquisizione delle componenti monouso, realizzano un prezzo superiore della procedura robotica rispetto ad un corrispettivo laparoscopico o di chirurgia tradizionale. I costi potrebbero diminuire in futuro con il diffondersi di questa tecnologia e con lo sviluppo di competitor in grado di fare concorrenza al sistema attuale. L'utilizzo multidisciplinare e *full-time* della macchina robotica sono, a tutt'oggi, i punti cruciali che contribuiscono alla diminuzione dei costi di gestione.

In tempi non "floridi" per la Sanità Toscana, si rende pertanto necessario razionalizzare al massimo l'utilizzo e lo sviluppo della Chirurgia Robotica centralizzando le procedure ed abbattendo i costi singoli. In tale ottica è previsto, nel piano Regionale, l'accesso di professionisti di vari ospedali, se adeguatamente addestrati e tutorati in un percorso specifico, ai robot presenti negli ospedali principali. **TM**

Info: lapbenci@tin.it

ILARIO MENCHI, GIANCARLO BERNI¹, NICCOLÒ NORBERTI²,
PAOLINA TONELLI², ANTONIO PANTI³

L'“Autopsia Virtuale” a Firenze

Immagini necroscopiche da Leonardo Da Vinci sino ad oggi



Ilario Menchi, Direttore
Struttura Complessa
di Radiologia
Azienda Ospedaliero
- Universitaria Careggi-
Firenze

In Epidemiologia l'unico dato non confutabile è la mortalità. Le Nazioni investono una quantità significativa di risorse per raccogliere le statistiche di mortalità delle popolazioni. Le Anagrafi, le Amministrazioni dei Servizi Sanitari, gli Istituti di Statistica, i Censimenti registrano più o meno largamente lo stesso dato, e numerose “survey” opportunistiche sono condotte continuamente a livello locale per studio. Le informazioni ottenute costituiscono la base dati primaria per la produzione delle statistiche che guidano le scelte di politica sanitaria, in particolare la scelta degli investimenti, la verifica della qualità e degli esiti delle cure, le indagini di screening, gli interventi preventivi. Tuttavia l'unico dato certo è il numero dei decessi perchè le informazioni sulle cause di morte sono ovunque poco attendibili^{1,2,3}. Il 10-25% dei riscontri autoptici non confermano la diagnosi di morte e nel 50% dei casi vengono rilevate lesioni o patologie non conosciute in precedenza che potrebbero essere state quanto meno causate del decesso^{4,5,6}.

Il “gold standard” per la diagnosi di morte è l'indagine autoptica, ma nella realtà dei Servizi Sanitari e nella didattica delle Facoltà Universitarie è sempre meno praticata. Fino ai primi anni '60 il riscontro autoptico era eseguito mediamente nel 50% dei deceduti in Ospedale. Da allora ad oggi la frequenza si è grandemente ridotta fino a riguardare attualmente poco più del 5% dei decessi^{7,8}, con assoluta prevalenza per finalità Medico-Legali (omicidi, suicidi, incidenti, danni iatrogeni, abusi ecc.). È una tendenza ubiquitaria⁹ e, in buona parte, anche dovuta all'inerzia dei curanti, che si ritengono in generale abbastanza soddisfatti degli attuali standard diagnostici da considerare certa la causa di morte: dell'autopsia tradizionale si fa, oggi, sempre meno esperienza nel corso di studi.

Anche divieti religiosi spiegano in parte tale trend: l'ebraismo ortodosso, per esempio, vieta la manomissione dei corpi esanimi, tranne quando tali azioni possono salvare la vita ad altri o in situazioni di emergenza per la rimozione di organi ai fini di donazione. I seguaci dell'Islam sono contrari a qualsiasi esposizione o profanazione del corpo di un defunto credente¹⁰.

Non è inoltre agevole illustrare ai familiari di chi è deceduto la necessità di procedere ad atti che inevitabilmente deteriorano il corpo, con effetti alle volte traumatizzanti. È anche causa importante della diminuzione dei riscontri diagnostici la diffusa necessità di contenere i costi della Sanità, tanto pubblici che privati, tant'è che, ad esempio, negli Stati Uniti i pacchetti assicurativi non coprono il costo delle autopsie¹¹ e, in assenza di motivi medico legali, non è probabile che i congiunti accettino la spesa.

Con la contrazione delle indagini autoptiche, la Medicina vede ridursi un ambito di indagine fondamentale non solo per le valutazioni medico legali, ma anche per la didattica dell'anatomia topografica e patologica, per avere la conferma delle correlazioni fra clinica e malattia, per condurre indagini su gruppi di popolazione, per verificare la qualità degli atti medici e chirurgici, per rilevare tutti i possibili effetti collaterali di farmaci e procedure, per conoscere la storia naturale delle malattie croniche e anche, e non ultimo, per studiare cause ed esiti del deterioramento fisiologico correlato all'età.

L'approccio classico all'indagine necroscopica è la dissezione, seguita dalla descrizione autografa e, più recentemente, anche iconografica dei reperti. Oltre all'inevitabile danneggiamento del corpo, eventuali errori o lacune nella procedura sono difficilmente emendabili perché la stessa non potrà più essere ripetuta nelle medesime condizioni iniziali. Tuttavia, come conseguenza dello straordinario sviluppo delle tecnologie di “imaging” del corpo umano che consente la visione di tutte le aree interne, da oltre un decennio si sta progressivamente diffondendo l'uso di tecniche come la Risonanza Nucleare Magnetica e la Tomografia Computerizzata come strumento d'indagine cadaverica: queste possono, infatti, fornire rapidamente immagini tridimensionali anche ad alta definizione di tutte le parti del corpo umano, con un ingrandimento tale da consentire l'osservazione di minuti particolari.

La specificità della materia di indagine, tuttavia, richiede la realizzazione di uno specifico laboratorio con specifiche competenze; la città di Firenze ha retaggio storico e competenze

¹ Consiglio Sanitario Regionale,

² Scuola di Specializzazione in Radiodiagnostica - Università degli Studi di Firenze,

³ Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

moderne per esigerlo. È sufficiente ricordare la tradizione fiorentina, dagli studi di Leonardo Da Vinci nell'Ospedale di Santa Maria Nuova, agli analoghi studi di Michelangelo nel Monastero di Santo Spirito, alla realizzazione del Museo de "La Specola" con oltre 1400 cere anatomiche provenienti dall'officina ceroplastica fiorentina, all'istituzione a Firenze della prima cattedra universitaria di Anatomia Patologica in Italia, al lavoro del grande anatomico Giulio Chiarugi, rettore dell'Università dal 1891 al 1924 e autore nel 1905 di un ponderoso "Istituzioni di Anatomia Umana" sul quale si sono formati e continuano a formarsi i medici italiani.

L'applicazione di metodi d'imaging per l'analisi postmortale dei reperti cadaverici e per una loro documentazione non invasiva non ha seguito il passo dell'enorme sviluppo tecnologico che hanno visto tali metodi negli ultimi anni: oggi le discipline che studiano, per fini diversi, la materia cadaverica si stanno rendendo conto delle potenzialità che questi progressi offrono alla loro causa, permettendo uno studio sempre più definito dei reperti anatomici. Tale studio è humus comune tra specialità mediche quali la radiologia e, da una parte, l'anatomia patologica per la quale sarà mezzo a fini diagnostico-epidemiologici e, dall'altra la medicina legale per la quale sarà

mezzo a fini giuridici: il mondo scientifico sta assistendo al delinearsi di una sub-specialità che vede lo sfruttamento dell'offerta tecnologica d'imaging nello studio della materia cadaverica¹².

Le prospettive sono sicuramente ampie: il più accurato e fedele studio d'imaging su cadavere può avvalersi sia della Tomografia Computerizzata Multistrato (TCMS) sia della Risonanza Magnetica (RM), presentando vantaggi selettivi ciascuna di queste due tecniche¹³.

Grossolanamente, se la TCMS fornisce immagini accurate riguardo ossa, gas (es: embolia gassosa), corpi estranei e strutture metalliche, presenta minor potere risolutivo nei confronti dei tessuti molli; caratteristica invece offerta dallo studio in RM: questa rileva fin le più piccole lesioni a carico dei tessuti molli ed anomalie d'organo.

L'autopsia tradizionale ha l'indubbio vantaggio di permettere prelievi biotici; un approccio radiologico perderebbe questo prezioso contributo all'indagine. Per ovviare a tale limite sono di conseguenza state perfezionate tecniche mini-invasive di biopsia imaging-guidata (in primis sotto guida TC) su cadaveri, consentendo non solo il prelievo di campioni tissutali per l'analisi istologica, ma anche il prelievo di bile, urina, sangue ed ogni altro fluido biologico per analisi chimiche, batteriologiche, tossicologiche, genetiche¹⁴.

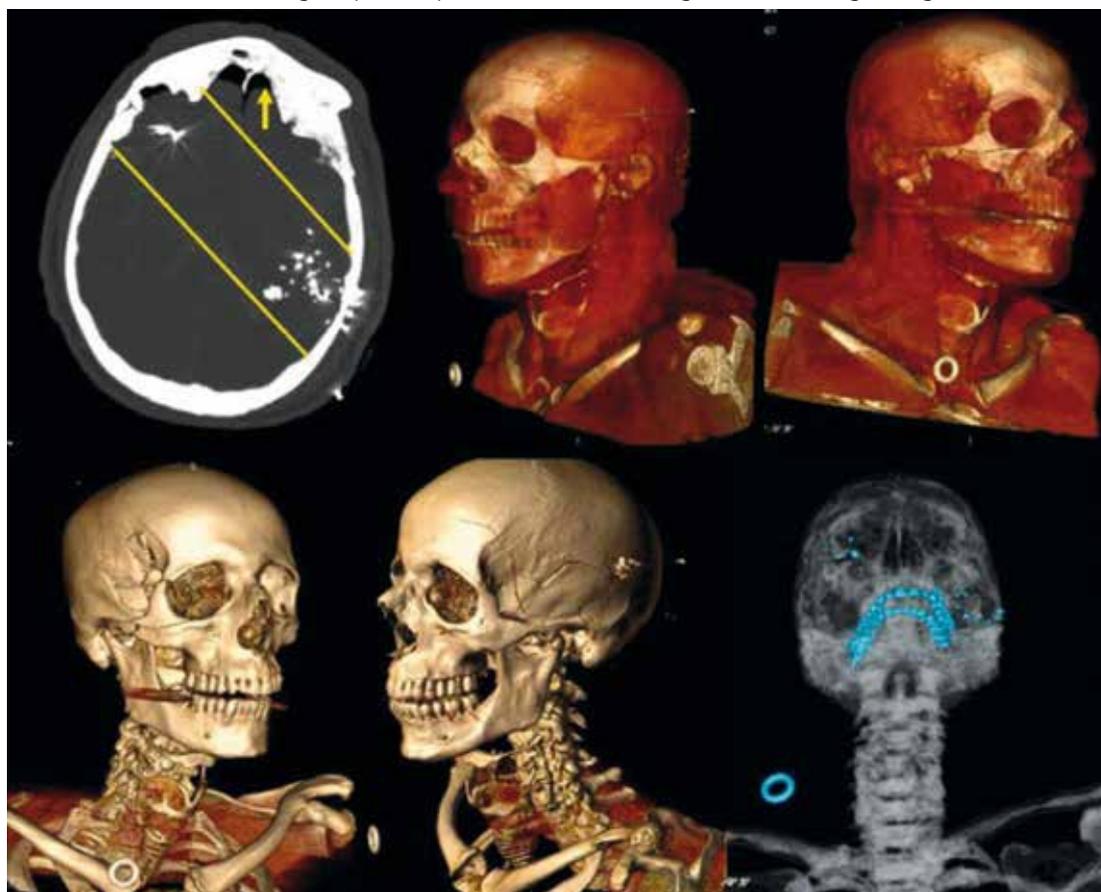


Figura 1 - Esame di una vittima di lesione da arma da fuoco eseguito mediante TCMS e ricostruzioni 2D e 3D. In questo caso il proiettile è penetrato in sede temporale destra fuoriuscendo a livello parietale sinistra. Il percorso del proiettile è segnato dalla presenza di frammenti radio-opachi nell'immagine 2D. Da notare la tipica sporgenza esterna del foro di uscita e lo pneumocefalo (freccia). Nelle ricostruzioni 3D ossee semi-trasparenti sono chiaramente visibili (colorati in blu) i frammenti a densità superiore alle 1000 unità Hounsfield¹⁰.

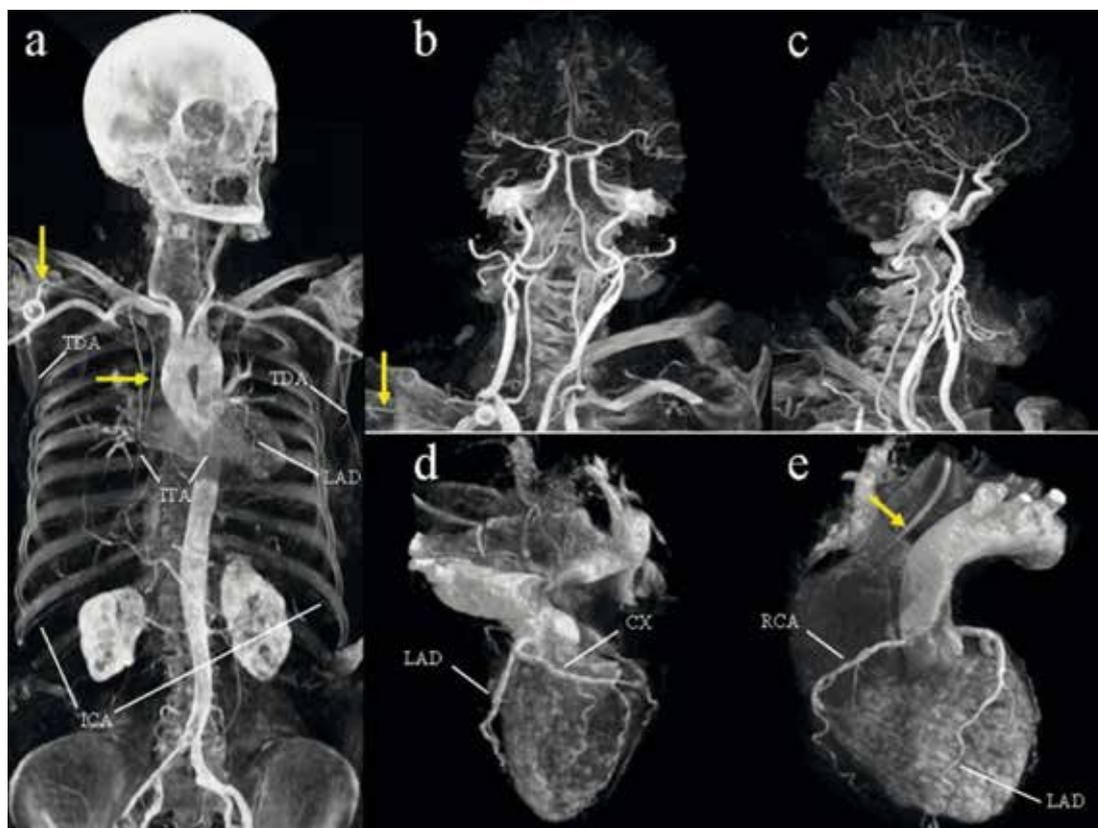


Figura 2a - Visualizzazione 3D del sistema arterioso in un cadavere con TC ed iniezione di mezzo di contrasto ad alta viscosità: (a) vista AP della testa e del tronco, con esposizione anche di piccole branche come l'arteria toracodorsale (TDA), intercostali (ICA), toracica interna (ITA), coronarie (discendente anteriore sinistra LAD). Da notare un Catetere Venoso Centrale (frecche gialle). b+c) rimozione delle ossa craniche e immagini del circolo endocranico, fino alle branche più periferiche. d+e) rimozione dei tessuti limitrofi con visualizzazione del circolo coronarico: discendente anteriore sinistra LAD, circumflessa CX, coronaria destra RCA).

Il più concentrato e recente distillato circa l'applicazione dalle tecnologie d'imaging allo studio necroscopico è "Virtopsy"¹⁵, un sistema di macchinari che analizza il volume del cadavere attraverso una multimodalità d'acquisizione dati, quali le più avanzate generazioni di Tomografia Computerizzata Spirale Multistrato (MSCT) e Scanner di Risonanza Magnetica a 1.5 Tesla. Un software di rendering 3D permette quindi ricostruzioni di immagini virtuali tridimensionali delle sezioni interne del corpo, disponibili per la lettura. Il macchinario inoltre permette ricostruzioni 3D anche della superficie esterna del corpo dopo scansione mediante scanner con ottica di superficie 3D fotogrammetrica.

La parola stessa "Virtopsy"¹⁶ è una sincrasi tra le parole "virtuale" ed "autopsia": se il primo termine trova origine etimologica nel latino *virtus*, "utile, efficiente", il secondo, "autopsia", è a sua volta sincrasi dei termini greci *autos* (di persona) e *opsomai* (vedo): "vedere con i propri occhi". Il Ricercatore, nella sua fusione neologistica, ha dunque omesso il suffisso *autos-* con l'obiettivo di rimuovere la soggettività implicita nel termine autopsia; con l'introduzione della radiologia si tende alla standardizzazione dell'esame autoptico: tramite la ripetibilità della lettura dei reperti si tenta di abbattere il risultato operatore-dipendente dell'esame.

Non è questa la sede adatta ad un'analisi tecnica dei vantaggi e svantaggi delle singole metodiche nella loro applicazione in questo nuovo ambito d'indagine; è qui utile sottolineare un insieme di caratteristiche favorevoli che qui le accomuna:

- Velocità e semplicità d'acquisizione e lettura dei dati: acquisizione e lettura delle immagini radiologiche richiedono relativamente poco tempo, in un'ottica di confronto con l'autopsia tradizionale. In un'ottica d'integrazione tra le due tecniche, invece, un'acquisizione d'immagine preventiva potrebbe, sia ridurre il tempo necessario per l'autopsia tradizionale, essendo il medico settore informato dei reperti più significativi su cui porre maggiore attenzione, sia aumentarne l'accuratezza diagnostica, visualizzando reperti spesso altrimenti misconosciuti.
- Superamento del rifiuto dell'autopsia tradizionale da parte dei familiari per motivi affettivi o religiosi: un approccio mini-invasivo non compromette l'integrità della salma evitando ogni problematica religiosa ed emotiva al riguardo.
- Acquisizione di dati digitali facilmente conservabili (contrariamente ai campioni tissutali) e dalla fruibilità immediata.
- Disponibilità permanente dell'esame con possibilità di seconde opinioni completamente indipendenti dalle prime: questo permetterebbe

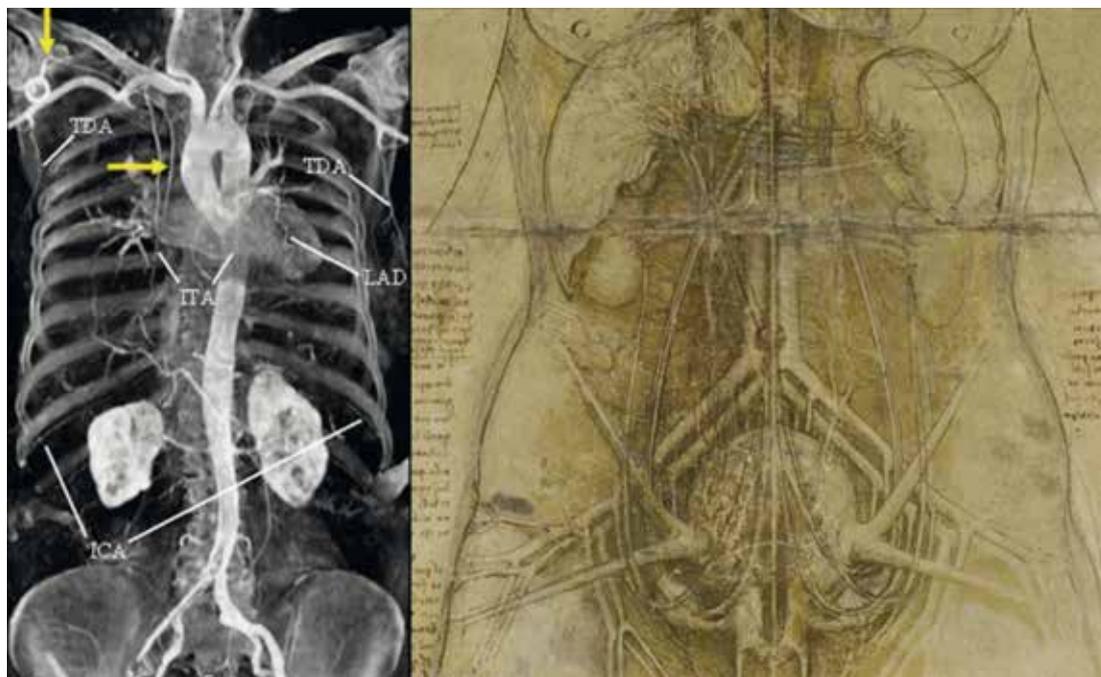


Figura 3 - L'angioTc sopracitata accostata ad un disegno di Leonardo Da Vinci raffigurante il sistema cardiovascolare e gli organi principali del corpo di una donna (matita nera, rossa e inchiostro; 1509-1510 - Royal Library, Windsor Castle, United Kingdom).

una correzione degli inevitabili quanto irreparabili errori operatore-dipendenti dell'autopsia tradizionale.

- Creazione di un ampio database d'immagini, una grande raccolta di materiale iconografico che funga da banca dati, sfruttabile in qualunque momento per confronti, didattica, studi scientifici di ogni genere e fine.

La scienza medica sta valutando in che modo far assimilare lo studio radiologico nell'ambito delle scienze necroscopiche (da ipotesi di superamento e sostituzione dell'autopsia tradizionale, all'affiancamento di questa con studio virtuale preventivo, all'uso delle tecniche di imaging come "screening" rispetto al più accurato taglio autoptico, praticato se emergano reperti radiologici dubbi); Firenze, per la sua storia, non può

non partecipare a questa fondamentale innovazione. È anzi auspicabile la più rapida realizzazione di tale attività utilizzando le competenze di radiologi, medici legali, anatomopatologi e clinici dell'area fiorentina: da un lato saranno notevoli i vantaggi che tali branche trarranno, sia culturalmente che praticamente, da tale applicazione; dall'altro si donerà ulteriore lustro, con echi nazionali ed internazionali, all'area medica fiorentina, da sempre in primo piano nelle scienze anatomiche.

Il genio fiorentino continuerà ad esprimersi come da secoli, ma oggi potrà sfruttare sofisticate tecniche radiologiche!

TM

Info: menchii@aou-careggi.toscana.it
norberty.niccolo@gmail.com

Note

¹ Ravakhah K. Death certificates are not reliable: revivification of the autopsy. *South Med J.* 2006; 99(7): 728-33.

² Smith Sehdev AE, et al. Problems with proper completion and accuracy of the cause-of-death statement. *Arch Intern Med.* 2001;161(2):277-84.

³ Manca dida.....

⁴ Burton J et al. Clinical, educational and epidemiological value of autopsy. *The Lancet* 2007; 369, 1471-1480.

⁵ Shojania KG. Changes in Rates of Autopsy-Detected Diagnostic Errors Over Time - A Systematic Review. *JAMA.* 2003; 289(21):2849-2856.

⁶ Wittschieber D et al. Who Is at Risk for Diagnostic Discrepancies? Comparison of Pre- and Postmortal Diagnoses in 1800 Patients of 3 Medical Decades in East and West Berlin. *PLoS ONE* | www.plosone.org 3 May 2012 | Volume 7 | Issue 5 | e37460.

⁷ Rosenbaum GE et al. Autopsy consent practice at US teaching hospitals: results of a national survey. *Arch Intern Med* 2000; 160: 374-380.

⁸ Burton EC et al. The relation of autopsy rate to physicians' beliefs and recommendations regarding autopsy. *Am J Med* 2004; 117: 255-261.

⁹ http://www.medscape.com/viewarticle/466795_3

¹⁰ Pomara C et al. Virtopsy versus autopsy digitale: autopsy virtuosa. *Radiol med* 2009; 114: 1367-1382.

¹¹ Harrington DE et al. Managed care and measuring medical outcomes: did the rise of HMOs contribute to the fall in the autopsy rate? *Soc Sci Med.* 2010; 70(2): 191-198.

¹² O'Donnell C et al. Post-mortem radiology - a new subspecialty?. *Clinical Radiology* 2008; 63, 1189-1194.

¹³ Thali MJ et al. Virtopsy, a new imaging horizon in forensic pathology: virtual autopsy by postmortem multislice computed tomography (MSCT) and magnetic resonance imaging (MRI) - a feasibility study. *J Forensic Sci* 2003; 48:386-403.

¹⁴ Aghayev E et al. Post-mortem tissue sampling using computed tomography guidance. *Forensic Sci International* 2007; 166: 199-203.

¹⁵ Thali MJ et al. VIRTOPSY: The Swiss virtual autopsy approach. *Legal Medicine* 2007; 9: 100-104.

¹⁶ Thali MJ et al. Virtopsy, a new imaging horizon in forensic pathology: virtual autopsy by postmortem multislice computed tomography (MSCT) and magnetic resonance imaging (MRI) - a feasibility study. *J Forensic Sci* 2003; 48:386-403.

EMILIO TARABELLI, RICCARDO GIULIANI¹, ITALO GIOVANNI BURELLI¹,
SILVIA LORENZI², LAURA TURTURIC², PIETRO BEMI², CLAUDIO VIGNALI¹



Emilio Tarabelli è specialista in Radiodiagnostica c/o l'U.O.C. Radiologia dell'Ospedale Versilia e dal 2004 fa parte dell'équipe di Interventistica Osteoarticolare, che esegue interventi sotto guida ecografica nelle tendinopatie calcifiche dolorose di spalla, nelle sindromi dolorose canalari (conflitto subacromiale e DeQuervain) ed infiltrazioni intra-articolari di acido ialuronico

Trattamento percutaneo ecoguidato nella sindrome di De Quervain

Il **morbo di De Quervain** è una patologia che interessa due tendini estensori del pollice (abdottoe lungo ed estensore breve), che sono avvolti da una guaina tendinea sierosa comune che ha fisiologicamente il compito di facilitare lo scorrimento dei tendini, lubrificandoli e diminuendone l'attrito. La tenosinovite di De Quervain è causata da un'irritazione o un'infezione di questi due tendini. Questo processo flogistico coinvolge anche la guaina tendinea, che aumenta di volume. A causa dello stato infiammatorio, essa si gonfia comprimendo i tendini ed aumentando lo stato irritativo. Contemporaneamente, l'edema può arrivare a comprimere il ramo sensitivo del nervo radiale, che scorre poco al di sopra della guaina, aumentando il dolore e nei casi più gravi causando una perdita di sensibilità al pollice. Inoltre la sinovia che circonda i tendini, a causa dell'infezione, non produce più la corretta quantità di liquido sinoviale, necessario per la lubrificazione degli stessi, contribuendo ulteriormente al perpetuarsi dello stato infiammatorio. La malattia consegue spesso a microtraumatismi ripetuti, dovuti a movimenti di flesso-estensione del pollice ripetuti, come quelli che si hanno in attività quali cucire, usare il mouse o la tastiera del PC,

suonare uno strumento. può essere correlata anche alle patologie tendinee come epicondilitis e epitrocleite.

Sintomi più comuni sono:

- Dolore al polso dal lato del pollice. Questo dolore si può irradiare all'avambraccio, ed è più intenso mentre si usano la mano ed il pollice, soprattutto afferrando oggetti, girando una schiave, scrivendo con una penna o utilizzando il mouse.
- Gonfiore al polso alla base del pollice, in corrispondenza della zona di maggior dolore.
- Sensazione di formicolio o perdita di sensibilità sul lato dorsale del pollice, che a volte coinvolge anche il dito indice.

Per una corretta diagnosi risulta sufficiente il test di Finkelstein che consiste nell'ulnarizzazione forzata del polso, da cui una recrudescenza della sintomatologia. Con questo test si provoca uno stress sull'abdottoe lungo del pollice ed sull'estensore breve del pollice, ponendo un pollice nel palmo di una mano chiusa a pugno e poi deviando ulnarmente il polso. Una tenosinovite modesta si può presentare con il solo dolore all'estensione contro resistenza della MCF del pollice. La diagnosi clinica può essere con-

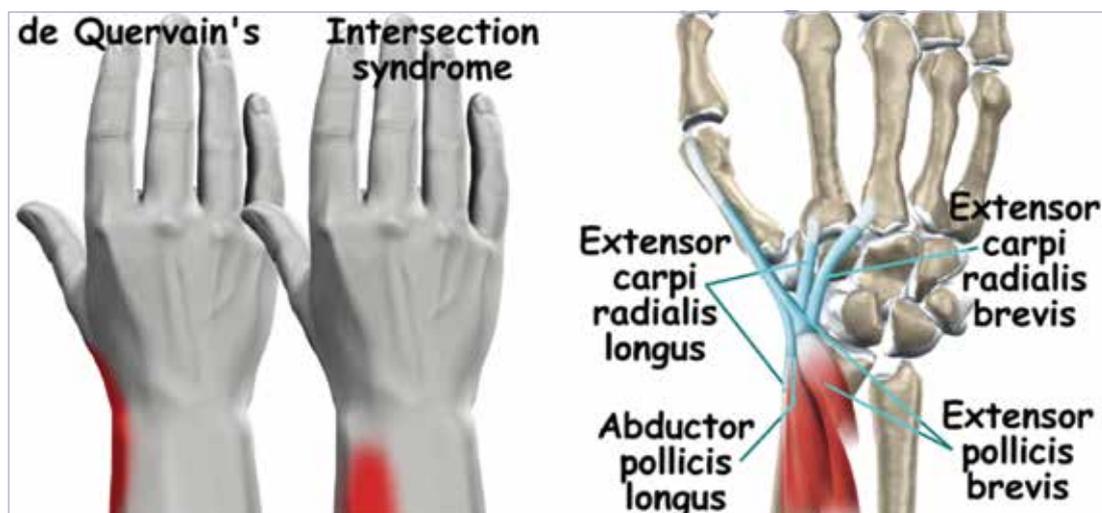


Figura 1 - Sindrome di De Quervain

¹ UOC Radiologia USL 12 Viareggio (LU)

² Radiologia Diagnostica e Interventistica Università di Pisa (PI)



Figura 2 - Valutazione ecografica sindrome di DE Quervain

fermata da un'indagine ecografica che evidenzia la presenza di versamento nell'ambito della guaina comune.

La terapia non chirurgica si avvale dell'utilizzo di un tutore, farmaci antiinfiammatori, riposo da parete del paziente, terapia fisica quali ultrasuoni, laserterapia, tecarterapia. Sebbene queste cure possano risolvere la patologia in una percentuale dei casi, esiste un numero consistente di pazienti che non ottengono giovamento o hanno frequenti recidive, rendendo il qualche caso necessario l'intervento chirurgico.

Nella nostra esperienza, per rendere più efficace e duratura l'azione terapeutica e ridurre il numero di pazienti da inviare all'intervento chirurgico, abbiamo introdotto come opzione terapeutica la possibilità di infiltrare selettivamente sotto guida ecografica il corticosteroide e l'acido ialuronico all'interno della guaina, ottenendo un buon risultato grazie alla possibilità di collocare il farmaco all'interno della guaina dove poter svolgere con maggior efficacia la propria azione terapeutica; inoltre la distensio-

ne della guaina durante l'infiltrazione ha portato alla rimozione di aderenze che si venivano a creare in seguito a processi flogistici recidivanti, tra la guaina e i tendini di scorrimento concorrendo al dolore ed in particolare alla limitazione di scorrimento delle strutture tendinee.

Abbiamo trattato 34 pazienti affetti da sindrome di De Quervain con infiltrazione ecoguidata di acido ialuronico e cortisonico all'interno della guaina comune valutati in fase preprocedurale e post procedurale (a 3, 6 e 12 mesi) con QuickDash score

A tre mesi si otteneva una buona risposta clinica con riduzione del Quick DASH score del 80% in 28/34 pazienti mentre 6 pazienti non avevano una significativa regressione dei sintomi e della disabilità e venivano ritrattati. A sei mesi in 30 pazienti si confermava una significativa riduzione del QuickDASH score, ad eccezione di 4 pazienti che richiedevano un nuovo trattamento.

A 12 mesi si confermava un significativo miglioramento del quadro clinico in tutti i pazienti, ad eccezione di quattro pazienti che venivano inviati a valutazione ortopedica.

Dai nostri dati emerge che l'infiltrazione ecoguidata di acido ialuronico e steroidi nella guaina comune dei tendini dell'estensore breve e abductore lungo del pollice apporta un notevole miglioramento della sintomatologia dolorosa e della disabilità motoria nei pazienti con Sindrome di De Quervain, rappresentando una possibile, valida alternativa alla terapia medica e al trattamento chirurgico. **TM**

Info: emiliorx@libero.it

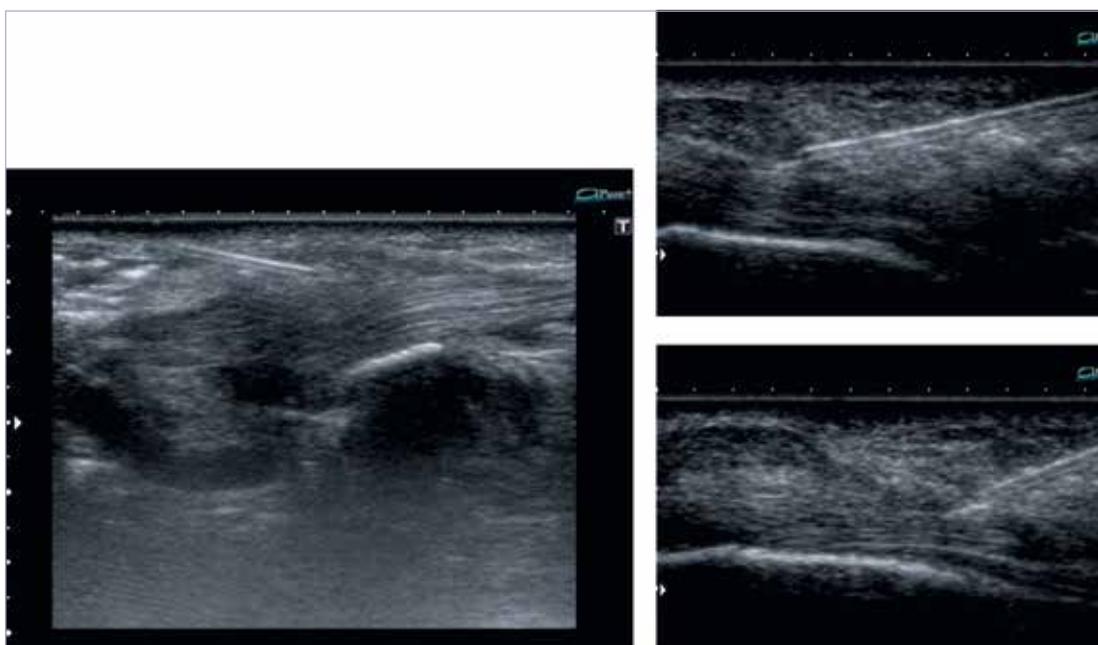


Figura 3 - Immagini relative alla procedura

Manfredo Fanfani

COSMA E DAMIANO

Due medici santi nella storia della medicina
e della città di Firenze,
la luminosa immagine immortalata dal Beato Angelico

Prima Parte

I santi Cosma e Damiano, vissuti nel III° secolo, non sono da considerare due santi che esercitavano la medicina ma due medici santi, chiamati a illuminare l'immagine della categoria medica. Non eccelsero infatti nel sacerdozio ma, piuttosto, in una professione che consideravano molto affine, quella del Medico. Leggendo il Vangelo rimasero conquistati dalla luminosa figura di Gesù che “passò la vita beneficiando e risanando tutti”, tanto che fu chiamato da sant' Agostino “Magnus Medicus”. Fra i circa settanta miracoli citati dagli Evangelisti una quarantina furono infatti guarigioni. Sta di fatto che nel firmamento dei santi, nel folto stuolo delle anime elette che si dedicavano alla medicina, Cosma e Damiano occupano un posto di primo piano: la loro storia è molto intrecciata con la storia della nuova Arte nascente, la medicina, ma anche con la storia della famiglia de' Medici e della città di Firenze. Il Beato Angelico ha illustrato con originalità e ricchezza di particolari temi inerenti all'Arte medica che ebbe come punto di partenza la Firenze di Casa Medici, ispirando tutta la successiva iconografia di scuole diverse sul tema della medicina. Papa Giovanni Paolo II° lo ha elevato, nel Febbraio 1984, a “Patrono universale di tutte le Arti e di tutti gli Artisti”.



COSMA E DAMIANO, SANTI PROTETTORI DELLA FAMIGLIA DE' MEDICI

La Famiglia de' Medici, per la vocazione all'Arte medica, già con Cosimo il Vecchio (1389-1464) aveva affidato ai due santi la protezione del Casato. Lo stesso nome Cosimo sarebbe stato attribuito al "Pater Patriae" in omaggio al santo. Il Vasari, quando volle rappresentare Cosimo il Vecchio e Cosimo

I, Granduca di Toscana, nelle vesti dei santi Cosma e Damiano, li vestì con l'abbigliamento consono al loro "status", lunga tonaca rossa e, in testa a Cosimo il Vecchio, il tradizionale cappello rosso a piatto. Anche il Pontormo e il Bronzino, quando dipinsero Cosimo il Vecchio, lo rappresentarono

La Basilica di San Lorenzo, mausoleo e veicolo celebrativo di casa Medici



Basilica di San Lorenzo, Firenze, interno sfarzoso della Cappella dei Principi.

La Basilica di San Lorenzo, a cominciare da Giovanni di Bicci de' Medici (1418) a Cosimo il Vecchio, fino all'ultima Medici, l'elettrice palatina Anna Maria (1700), aveva assunto tutte le caratteristiche di chiesa di famiglia: mausoleo e centro focale del mecenatismo di casa Medici ma, anche, un potente veicolo celebrativo e di promozione dell'immagine del Casato.

col mantello rosso e cappello rosso in testa, ricercando una sovrapposizione subliminare con il santo Cosma. Nell'emblema mediceo le sei palle su fondo oro sono verosibilmente pillole medicinali, colorate di rosso, come prescriveva la farmacopea dell'epoca, a significare l'attività speciale svolta

dalla famiglia e l'amore e il mecenatismo verso l'Arte medica.

Nella Basilica di San Lorenzo, considerata la Basilica dinastica della famiglia Medici, non poteva mancare nella Sagrestia Vecchia la presenza dei santi Cosma e Damiano: il timpano triangolare



**Basilica di S. Lorenzo, Firenze,
Sagrestia vecchia.**

Il timpano triangolare di destra è caricato con un rilievo donatelliano che rappresenta i santi Cosma e Damiano protettori della famiglia Medici. Uno dei santi è riprodotto nell'atto di prendere con una pinza i medicinali contenuti in un cofanetto; l'altro stringe sotto il braccio un libro, a simboleggiare la cultura medica nascente. Il cappello è adagiato sulla spalla o sul dorso.



**Basilica di S. Lorenzo, Firenze,
la Sagrestia nuova,
tomba di Lorenzo il Magnifico
e di Giuliano de' Medici .**

Sopra la tomba di Lorenzo il Magnifico e del fratello Giuliano, ucciso durante la congiura de' Pazzi, è posta la statua della Vergine con bambino di Michelangelo. Ai lati i santi Cosma e Damiano, patroni di casa Medici. I due santi sembrano supplicare la Madonna raffigurata con espressione di pena e di tristezza profonda.

sopra il portale di destra è caricato con un rilievo donatelliano che rappresenta i santi. Alla destra della sagrestia si apre una Cappella dedicata ai santi Cosma e Damiano, detta anche "delle reliquie"; sopra l'arco d'ingresso si trova un affresco dei due santi attribuito a Bernardino Poccetti. Nella Sagrestia Nuova, sopra la tomba di Lorenzo il

Magnifico e del fratello Giuliano, compaiono ai lati della statua della Vergine quelle dei santi Cosma e Damiano. Nel 1464 Cosimo il Vecchio venne a mancare, fu sepolto sotto il presbiterio della chiesa con la scritta "*Cosmus Medices-hic situs est-decreto publico - Pater Patriae-vixit annos LXXV-M (enses) III.D (ies) XX*".

I santi Cosma e Damiano sono spesso ritratti vicino al trono della Madonna



**Beato Angelico (1395ca-1455):
"Madonna con Bambino ed alcuni santi",
Museo di S. Marco, Firenze.**

I santi Cosma e Damiano compaiono alla sinistra della Madonna nel consueto abbigliamento confacente al loro "status" di medici: tonaca rossa foderata di vaio, cappello rosso orlato di pelliccia e calze rosse. Il primo dei due santi porta nella mano sinistra il cofanetto dei medicinali, nella destra la palma del martirio. E' consuetudine vedere i santi con l'aureola; suscita curiosità vederli con l'aureola e cappello rosso in testa! Ciò accade quando l'artista vuole rispettare la simbologia della professione medica esercitata dai santi.

**Beato Angelico (1395ca-1455):
"Madonna delle Ombre",
Museo di S. Marco, Firenze.**

Il nome dell'opera prende origine dall'evidenza data all'ombra dei capitelli per la luce proveniente dalle finestre che guardano su Piazza San Marco. I santi Cosma e Damiano sono rappresentati alla destra della Madonna mentre conversano con San Marco. La chiesa, restaurata su invito di Papa Eugenio IV, fu consacrata a san Marco ma anche ai santi Cosma e Damiano, già patroni di casa Medici, per riconoscenza verso il determinante impegno di Cosimo. I santi indossano la rituale tonaca rossa e berretto rosso guarnito di vaio; quello più avanti porta nella mano sinistra la scatola dorata con i medicinali, nella mano destra la palma del martirio.



Continua nel prossimo numero...

GAVINO MACIOCCO

Le migrazioni forzate negli editoriali di Lancet e BMJ

Quasi all'unisono, ai primi di settembre, le riviste mediche britanniche, Lancet e BMJ, hanno dedicato i loro editoriali alla crisi dei rifugiati in Europa, usando toni e contenuti molto simili, anticipati dai titoli: Adapting to migration as a planetary force (The Lancet), Europe's refugee crisis: an urgent call for moral leadership (BMJ).

Il pressante messaggio di entrambe le riviste è quello di agire, superando divisioni, riluttanze e opportunismi. È il momento della responsabilità non solo per i politici, ma anche per le istituzioni sanitarie e ancor più per i professionisti sanitari. C'è in gioco una questione etica e morale.

Si legge nell'editoriale (senza firma) di Lancet.

Attualmente nel mondo ci sono 19,5 milioni di rifugiati, il 51% dei quali sono minori. Dalla fine del 2014 la Siria è diventata la maggiore fonte di persone sfollate, prendendo il posto dell'Afganistan. 1,9 milioni di siriani sono stati accolti dalla Turchia, 1,2 milioni dal Libano. Nei primi nove mesi del 2015 300 mila rifugiati hanno attraversato il Mediterraneo, 200 mila sono approdati in Grecia e migliaia sono morti.

Stranamente il tema della salute è stato largamente ignorato e la voce delle istituzioni sanitarie è stata debole o assente. Istituzioni come National Academies of Science, World Medical Association, Royal College of Paediatrics and Child Health, Royal Society, e Academy of Medical Sciences sono state finora silenti sulla salute dei rifugiati, mentre ci sarebbe un obbligo morale da parte dei professionisti sanitari di far sentire la loro voce su questi problemi. Noi dobbiamo guardare la crisi attraverso la lente della salute e del benessere dei rifugiati. La risposta dell'OMS alla crisi è basata sui principi basilari di umanità, e i professionisti sono chiamati a dare il loro contributo, e a rispondere appropriatamente fornendo protezione e assistenza adeguata, senza alcuna forma di discriminazione".

L'editoriale del BMJ, che ha tra le firme quella del direttore della rivista Fiona Godlee, inizia ricordando che la crisi dei rifugiati è iniziata dopo la Primavera Araba del 2011, quando l'ottimismo iniziale ha lasciato il passo alla disperazione.

Anche il BMJ ricorda alcune cifre del fenomeno migratorio: l'86% dei 19.5 milioni di rifugiati si trova nei paesi più poveri, a cui vanno aggiunti 38,2 milioni di persone sfollate all'interno dei paesi.

"Complessivamente nel mondo – continua il BMJ – una persona su sette si trova nella condizione di migrante e la risposta internazionale alle migrazioni è deludente e negativa. Ma la

crisi in Europa sta assumendo i contorni di una seria questione morale. La foto del bambino di tre anni trovato morto in una spiaggia della Turchia ha messo a nudo le contraddizioni morali del comportamento dei governi europei, catalizzando un cambiamento nel clima politico e dell'opinione pubblica.

I diritti umani sono nati nel cuore dell'Europa moderna. Il diritto alla salute per tutti gli abitanti del mondo fa parte della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, così come il diritto di richiedere asilo dalle persecuzioni. Dare asilo ai rifugiati, a prescindere dalla religione e dalla cultura, è lo standard minimo richiesto a una società civilizzata. L'Organizzazione Mondiale della Sanità e le organizzazioni di volontariato sanitario ribadiscono l'importanza di dare priorità ai servizi sanitari per rifugiati e richiedenti asilo. Nei paesi poveri i bisogni di salute dei rifugiati esauriscono le risorse sanitarie locali, a detrimento sia dei rifugiati che della popolazione locale. L'Alto Commissariato per i rifugiati delle Nazioni Unite ha richiesto che i servizi sanitari per i rifugiati siano incorporati all'interno del sistema sanitario.

Lenire le ferite delle guerre e delle migrazioni deve interessare ogni operatore sanitario. I professionisti sanitari possono sostenere attraverso il volontariato le organizzazioni umanitarie; fare pressione sui politici perché si muovano; trattare i pazienti a prescindere da razza, religione e status di rifugiato; e svolgere un ruolo di leadership.

Le riviste mediche devono svolgere un ruolo importante: aiutare i professionisti a scoprire e ad affrontare i determinanti sociali e politici della salute nei paesi poveri e nelle aree di conflitto, come pure la piaga dell'esodo di milioni di persone. I risultati di salute migliorano sia affrontando le iniquità sociali e politiche che causano le migrazioni, sia rispondendo ai bisogni sanitari dopo la migrazione. Noi dobbiamo fornire una risposta adeguata ai bisogni immediati dei rifugiati, mentre ci si prepara ad affrontare le cause



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". Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze. Direttore del sito web "www.saluteinternazionale.info".

che sono alla base della piaga.

I professionisti della salute non possono evitare che le persone divengano rifugiati; ciò sta nella responsabilità dei politici e della società civile, ma gli operatori sanitari possono modellare una risposta umana alla crisi dei rifugiati e denunciare ad alta voce l'ingiustizia e l'iniquità globale che ne è alla base. Gli operatori sanitari devono rammentare alla società che la richiesta di asilo non è un crimine, che i migranti non mettono necessariamente a rischio la sicurezza, che i rifugiati hanno bisogno e meritano il nostro rispetto, e che non sono venuti per occupare l'Europa o per appropriarsi delle risorse sanitarie. Senza una leadership morale da parte

dei politici, tuttavia, - conclude il BMJ - la morte e la sofferenza delle persone più vulnerabili sarà motivo di vergogna per tutti noi".

"Questa è la crisi che abbiamo di fronte oggi - **conclude a sua volta Lancet** -. Il fenomeno migratorio non sta per finire. Sta diventando invece una potente forza in grado di modificare il profilo della società globale del 21° secolo. La popolazione sfollata ha raggiunto il livello più alto dalla seconda guerra mondiale. Ciò fa parte della nostra attuale e futura esistenza. Noi dobbiamo accettarlo - e affrontarne le umane conseguenze".

TM

Info: gavino.maciocco@alice.it

LETTI PER VOI

I colori dell'umanizzazione

ANTONELLO MONSÙ SCOLARO, GIANNANTONIO VANNETTI

Altralinea, Firenze 2015

Questo volume, che nasce a seguito di un convegno tenutosi ad Alghero nel 2013, promosso dalla collaborazione fra Dipartimento di Architettura, U.O.C. Ginecologia e Ostetricia P.O. Alghero, Università e ASL 1 di Sassari, contiene contributi di medici di varie specializzazioni, psicologi, sociologi e architetti - come i due curatori - con l'ambizione di fondo di contribuire ad elaborare una "nuova cultura della cura" che coinvolga attivamente tutti gli aspetti e tutti gli attori del processo.

Il volume considera i problemi della complessità e della necessità di un incontro multidisciplinare di competenze e metodologie che abbiano al loro centro l'umanizzazione del percorso curativo. Tutto questo appare possibile solo maturando la volontà di una nuova misura - necessariamente etica - a riferimento delle nostre azioni.

Infatti il tema dell'umanizzazione si presta a svariati fraintendimenti e spesso a interpretazioni parziali o, peggio, di superficie, essendo ovvio che una teoria non possa evolversi ed approfondirsi in assenza di una sperimentazione diffusa sul reale e senza le necessarie opportunità di scambio e analisi critica delle esperienze in corso.

Il volume è articolato in tre sezioni: l'esperienza umana e relazionale della cura; la qualità dell'architettura quale presupposto di un ambiente umanizzante; alcune esperienze progettuali e aspetti particolari del tema.

La lettura può essere condotta in sequenza oppure per salti, alla ricerca del legame nascosto che raduna, intorno ad un atteggiamento consapevole e sensibile, la molteplicità degli aspetti che concorrono all'umanizzazione delle strutture sanitarie, l'esperienza e la sensibilità degli operatori, la comprensione degli aspetti relazionali, la dimensione percettiva del tempo.

Questo primo volume della collana Health care design parla di Architettura e di Medicina in modo diverso dal solito ed integrato e si interessa all'essere umano nelle sue molteplici declinazioni, come termine primo ed ultimo di un agire comune.

Alexander Peirano

Le medicine complementari per il paziente oncologico

SONIA BACCETTI, MARIELLA DI STEFANO, ELIO ROSSI

Felici Edizioni, 2015

Medicine complementari? Paziente oncologico? Due realtà che secondo le più diffuse mentalità e tradizioni non si toccano né si toccheranno mai. Troppo leggere (per qualcuno inesistenti) le prime, troppo complesso il secondo.

E se qualcuno volesse provare ad affrontare il problema in modo scientifico dovrebbe dimostrare coraggio e pazienza, oltre che grande competenza. È quello che hanno fatto i due medici e la giornalista che hanno messo a punto quest'opera, sicuramente corposa (quasi 400 pagine), per mettere al corrente la classe medica e l'opinione pubblica su "sviluppo e opportunità dell'oncologia integrata". Ricercatori di medicina complementare e medicina ufficiale si sono adoperati per fare chiarezza fra le varie opzioni di cura per selezionare le migliori terapie per ogni paziente.

Non si tratta solo di un manuale per fornire qualche conoscenza di base ai medici tradizionali su discipline in cui gran parte di essi ha creduto poco, ma di una vera e propria *summa* di conoscenze che aggiornino sull'*hic et nunc* dell'oncologia integrata, per far collaborare fra loro specialisti di varie origini e culture con l'unico fine di migliorare la salute del paziente oncologico, uno fra i più difficili di tutta la Medicina.

La snellezza della trattazione e la cospicua bibliografia alla fine di ogni capitolo inducono il lettore a penetrare nell'argomento con interesse, con la certezza di migliorare il proprio approccio al malato di tumore e con la consapevolezza di fornire nuovi supporti alla sua speranza e al suo benessere.

Bruno Rimoldi

PAOLO SARTI

Il migrante contagioso, un mito da sfatare



Paolo Sarti, pediatra, Consigliere Regione Toscana Gruppo Sinistra Toscana a Sinistra

In gran parte dell'opinione pubblica, compresa spesso anche la classe medica, lo straniero che sbarca o giunge comunque per altre vie sul nostro territorio può essere vissuto come un "pericolo sanitario", in casi estremi quasi un untore da cui doverci difendere. Credo che sia responsabilità di tutti e del personale sanitario in particolare sfatare questa errata convinzione. I dati, infatti, ci dimostrano che il tema infettivologico non è il principale problema del fenomeno migratorio e non c'è nessuna emergenza sanitaria correlata alla presenza di cittadini stranieri sul territorio nazionale.

In questo senso è opportuno analizzare alcune delle patologie che si credono "importate" e reintrodotte nel nostro Paese, avendo come riferimento anche alcuni interessanti articoli usciti di recente sul tema¹ nonché la posizione delle organizzazioni umanitarie che hanno un'esperienza diretta².

Per quanto riguarda la **tubercolosi**, spauracchio mediatico di grande effetto, risulta che gli stranieri provenienti da Paesi ad alta incidenza della patologia possono sì aver acquisito l'infezione prima di partire, ma solo nel 10% dei casi l'infezione sviluppa in seguito la malattia tubercolare diventando contagiosa per gli altri. L'incidenza della malattia all'arrivo in Italia (al momento degli sbarchi per esempio) è molto bassa, cresce invece e arriva a pareggiare l'incidenza che abbiamo nella popolazione italiana dopo alcuni anni di permanenza in Italia. Ancora una volta, quindi, sono le condizioni di vita, di lavoro e di alloggio precario in cui spesso si trovano i migranti (denutrizione o malnutrizione, scarsa igiene, permanenza in luoghi insalubri) che fanno sì che finiscano per ammalarsi di più, raggiungendo i nostri livelli. A questo, si aggiungono obiettive difficoltà di accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura. È certo vero che il numero di nuovi casi diagnosticati nel nostro Paese in persone nate all'estero è cresciuto ma ciò è avvenuto parallelamente all'incremento della loro numerosità, di fatto il numero dei casi di tubercolosi complessivi in rapporto alla popolazione (italiana e straniera) è in progressiva diminuzione. Questo dicono i numeri.

Parliamo ora del temibile e mediaticamente altrettanto sfruttato virus **Ebola**, così letale che quasi sempre provoca malattia sintomatica e poi morte nell'arco di pochi giorni. I migranti affrontano viaggi estremamente massacranti e fisicamente "selettivi" della durata di mesi e talvolta anni, at-

traversando il deserto e poi mare. Considerando che il periodo massimo di incubazione del virus è di soli 21 giorni, è estremamente improbabile, se non impossibile, che una persona infetta riesca ad arrivare nel nostro Paese. I dati lo confermano: dall'inizio dell'epidemia i soli casi notificati in Italia sono stati quelli di operatori umanitari infettatisi nel corso di missioni all'estero e prontamente condotti nei nostri ospedali, dove fortunatamente sono tutti completamente guariti.

Veniamo alla **scabbia** e ad altre infestazioni cutanee: una malattia globale diffusa in ogni continente e paese, tipica di fasce sociali svantaggiate, di individui senza fissa dimora, di persone con disabilità psichiatriche e di comunità chiuse. Nessun fattore etnico o geografico ne risulta predisponente. Proprio per il ruolo determinante che hanno su questa patologia le scarse condizioni igieniche personali e abitative è normale che i migranti allo sbarco o in condizioni di marginalità presentino queste infestazioni, ma si tratta di una malattia di cura estremamente semplice. Basta un breve trattamento topico e naturalmente la correzione dei fattori di rischio: ancora una volta sono condizioni degradate di accoglienza la possibile causa di nuova infezione, non la provenienza o il percorso del migrante. Non abbiamo alcuna notizia di epidemia tra gli italiani o tra gli operatori sanitari a seguito dei casi segnalati agli sbarchi e nei centri di accoglienza. Questo conferma che a prevenire il contagio in caso di contatto diretto e relativamente prolungato (visita medica) sono sufficienti semplici dispositivi di barriera (guanti usa e getta) e il lavaggio delle mani.

Finiamo col rischio **HIV-AIDS**. Molti migranti provengono da paesi in cui l'infezione continua ad avere una prevalenza elevata: si calcola in certi contesti un'incidenza dell'infezione circa quattro volte superiore alla popolazione italiana. Questo impone ancora di più di lavorare sulla prevenzione dei così detti "comportamenti a rischio", ma ciò deve avvenire nei confronti di tutti, popolazione straniera e italiana: solo così la prevenzione può essere veramente efficace (quindi utilizzo dei guanti da parte del personale sanitario, rapporti sessuali protetti, no allo scambio di siringhe). Ricordiamoci comunque che non è il semplice contatto o la condivisione dello stesso suolo di residenza con persone sieropositive che espone al rischio di infezione, offrire alloggio ed accoglienza ai migranti

¹ "Malattie infettive e immigrazione: facciamo chiarezza" Francesco Castelli, Salvatore Geraci, Stella Egidi - salute internazionale.info, 2 settembre 2015.

² www.mediciperidiritiumani.org, www.medicisenzafrontiere.it, www.emergency.it

non rappresenta un rischio per la popolazione residente.

Non esiste dunque una "pericolosità sanitaria" insita nella condizione di migrante. Esistono alcuni bisogni di attenzione specifica ed esiste il rischio di concentrarsi su luoghi comuni e false scientificità nonché quello di distrarsi dal rispondere ai veri bisogni di salute. Su questi ultimi è necessario invece concentrarci, nella considerazione del valore individuale e collettivo del bene salute. La Regione Toscana, in questo senso, è necessario che rafforzi il ruolo di coordinamento e formazione degli operatori. È necessario, oltre ad un'informazione corretta su questi temi all'opinione pubblica, che la Regione dialoghi con i territori e i soggetti del terzo settore coinvolti predisponendo procedure di presa in carico uniformi, efficaci ed efficienti, a partire dalla scelta degli screening sanitari al momento dell'arrivo. Gli operatori sanitari e amministrativi ai diversi livelli devono sapere con chiarezza come muoversi e come sia più conveniente e opportuno farlo, precedentemente formati anche per rico-

noscere e comprendere chi siano le persone che hanno davanti. È alta la percentuale di migranti che hanno subito traumi derivanti da guerre, privazioni, episodi di violenza e tortura, morte drammatica di persone care. È in crescendo il numero di minori non accompagnati che giungono sui nostri territori. Una corretta presa in carico, attraverso servizi competenti e chiaramente individuati, rappresenta un presupposto necessario per un loro inserimento sociale e quindi un investimento per tutta la collettività.

Mascherine e guanti, insomma, sempre imprescindibili protagonisti delle immagini televisive degli sbarchi, hanno una loro valenza ma rischiano di essere nell'immaginario collettivo il simbolo di un bisogno di separare, di recludere: l'icona dell'incapacità di offrire una vera accoglienza, che è fatta più di conforto e di recupero della dignità che non di medicine. **TM**

Info: paolosarti@gmail.com



Claudio Coscarella, laureato nell'aprile del 1981 con tesi di laurea in clinica neurologica. Specializzazione in neuropsichiatria infantile Firenze 1990, Specializzazione in Psicoterapia Familiare ad indirizzo relazionale e sistemico c/o ITF di Roma e c/o ITF di Firenze dr. De Bernard R. Dal 1999 ad oggi Responsabile della UF di Salute mentale Infanzia ed adolescenza della Zona Sanitaria Isola Elba Asl 6 Livorno

CLAUDIO COSCARELLA

Le epidemie diagnostiche in neuropsichiatria infantile

Negli Stati Uniti e nei paesi solidali e gregari alla cultura anglofona il 25% riceve una diagnosi psichiatrica, il 10% dei bambini vengono diagnosticati Iperattivi (ADHD) e la diagnosi di Autismo appare in aumento esponenziale come pure la diagnosi di Disturbo Bipolare (Frances A., 2013). Questi dati epidemiologici suggeriscono l'evidenza che troppi hanno ricevuto una diagnosi errata e stigmatizzante con conseguenze iatrogene sulla loro salute mentale e fisica, con prescrizione farmacologiche non appropriate.

Mai come adesso il modello della diagnosi categoriale, tipico dei manuali ICD e DMS (First M.B., 2014), appare prevalere nella medicina iper-tecnistica. La ricerca dell'etiopatogenesi dei sintomi e dei disturbi prevarica l'approccio relazionale (unico garante della qualità dei contesti affettivi del bambino). La "medicina della salute" tanto auspicata dalla riforma sanitaria degli anni 80 appare oggi in eclissi totale (Milani-Comparetti A., 1984).

La diagnosi categoriale tipizza, quantifica e diversifica segni e comportamenti attraverso Check list e Tests (tipico della neuropsicologia) ma finisce per considerare aspetti parziali, svincolati dalla globalità del bambino, nella confusione logica fra mappa e territorio, nel tentativo di creare illusori percorsi diagnostici di oggettivazione (pseudo scientifica) dei dati clinici. Ma l'osservatore con la sua descrizione determina inesorabilmente il pro-

filo del fenomeno osservato e se il fenomeno è **il bambino, in questo processo di diagnosi ad ogni costo, debole committente di se stesso, il suo essere e divenire può ridursi ad una etichetta di malattia:**

La dislessia sostituisce l'alunno, l'autismo il bambino con difficoltà di rapporti intersoggettivi, l'ADHD ingloba il bambino con problemi di condotta.

Eppure la domanda diagnostica della famiglia al Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) pone sempre in primo piano un quesito evolutivo sul futuro del figlio. In risposta, una diagnosi di spettro oscura il progetto affettivo dei genitori in una "notte epistemologica dove tutti i gatti sembrano grigi".

Da un centro neuropsichiatrico "iperspecialistico" una famiglia è ritornata al territorio con una diagnosi per il loro unigenito di spettro autistico al 60% e con indicazione di un ventaglio di terapie ad indirizzo riparativo-abilitativo, ma intanto come neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza, premesso il concetto di resilienza (Costantino e Camuffo, 2009), dovremmo prenderci cura della salute di quel 40% del bambino e dei genitori, per poi magari curare senza mai vestire il camice di taumaturgo. **TM**

Info: coscarellaclaudio@virgilio.it

TOMMASO RUBINO¹

Dottore... voglio la risonanza...

I problemi per noi poveri dottori non finiscono mai: il governo con il Decreto Enti Locali che riguarda fra l'altro anche la revisione dei parametri di spesa in sanità, si accinge ad effettuare un taglio sulle prestazioni concedibili che vale un risparmio entro il 2017 di circa 3-4 miliardi.

Tutti si indignano, ma nessuno fra noi gente comune spesso riesce a capire cosa significhi all'atto pratico per noi poveri mortali una decisione di tal genere.

Ed allora tocca a qualcuno spiegarvi cosa potrebbe significare – qualora il decreto fosse approvato: in pratica il servizio pubblico fornirà gratuitamente (anche se con il ticket...) solo alcune prestazioni ritenute utili ed essenziali, lasciando le eccedenti al pagamento da parte dei singoli cittadini. Il tutto ovviamente stabilito in base a specifiche linee guida – si spera più o meno generose – al di fuori delle quali il medico che risulti iperprescrittore potrebbe pagare di persona con multe o sanzioni varie.

Questo potrebbe significare la fine della medicina difensiva da parte di noi dottori e potrò pertanto negarvi la prescrizione di una risonanza purché rimanga entro le linee guida prestabilite.

E potrebbe significare anche la fine anche della lotta perenne con voi che volete misurare di continuo il colesterolo – magari dopo che siete state a cena ed avete mangiato una salciccia in più... (e dico state e non stati perché questo sono in genere le donne a chiederlo, una mia paziente in modo particolare... "che ci litigo tutte le volte...") e la fine anche delle risonanze fatte senza motivo reale che il medico, sfinito dalle vostre continue richieste... **POTREBBE PRESCRIVERVI** perché alla sera – dopo aver visto 40 persone – spesso non ha voglia di continuare a litigare con tutti.

Potrebbe essere anche la fine delle risonanze che vi nego perché le richiede il carrozziere (che è spesso associato ad una qualche agenzia per la gestione dei sinistri stradali), oppure suggerite dal massaggiatore o prescritte dal professor QUATTROPALLE dove siete andati per consulto e avete pagato *il cospicuo giusto guiderdone*, perché tutto questo potrete farlo SÌ ... ma solo di tasca vostra se non rientrate nei protocolli... e potrebbe essere anche la fine delle TAC richieste e negate con molte arrabbiature perché: *"il cugino di quello che prende il pullman insieme*

al mi fratello... si è fatto la tac anche se il su' dottore diceva che 'un aveva nulla ... e poi visto che ce l'aveva... e quindi ... mi garba falla anche a me...". Perché se il dottore non prescrivendovela la tac è rimasto entro le linee guida – o regole che dir si voglia – non dovrebbe essere sancibile.

È la fine anche della richiesta di voler fare tutti gli esami per la solita stanchezza primaverile (cosa normale – ed io ve lo ribadisco tutte le volte –, anche se poi ci metterei meno a dirvi di sì e pigiare il pulsantino che stampa gli esami codificati per la stanchezza, anziché stare con voi a litigare per mitigarvi l'ansia, perché come dite voi: *"... capisco che sono tutti stanchi... ma... come sono stanco io!!!..."*, mentre fuori c'è una persona che sbuffa aspettando il suo turno.

MA SAREBBE ANCHE LA FINE PURTROPPO DELLA MEDICINA VERA PERCHÉ PER APPLICARE DELLE IPOTETICHE LINEE GUIDA – CHE VOGLIO VEDERE CHI LE FARÀ E COME SARANNO FATTE – POTREBBE BASTARE UN IMPIEGATO O PEGGIO UN COMPUTER CHE SEGNERÀ AD OGNUNO QUELLO CHE SPETTA E TUTTI ZITTI...

D'altra parte un po' ve la siete cercata se con le continue richieste di fare questo o quest'altro accertamento... usando il famigerato *"tanto sa... sono esente"* ... che poi fa aumentare il ticket per i non esenti o con le richieste anche di prescrizioni specialistiche ed accertamenti fatte al solo scopo di placare l'ansia di salute personale, siamo arrivati a questo punto... (...io ho memorizzato una mail di una mia paziente – e con tale mail volevo fare un articolo a questo punto non più necessario... – in cui lei mi chiede una risonanza *sempre per mail* senza nemmeno farsi visitare e mi risponde stizzita quando replico con la frase *"...dottore fai da te... NO ALPITUR... Ahi! Ahi! Ahi!"*, perché lei – a suo dire non viene mai – e *quando viene...*).

E sarebbe la fine anche della medicina per la gente a vantaggio senz'altro e purtroppo di una medicina classista in cui solo chi ha risorse di tasca o una assicurazione potrà permettersi esami di II livello... si tratta in pratica della medicina delle assicurazioni all'americana che non concede mai tutto neanche se l'assicurazione la hai...

Un mio paziente che sta negli USA è dovuto tornare in Italia per farsi una TAC e poter dimo-

¹ Medico di medicina generale, Lamporecchio

strare all'assicurazione di laggiù che l'ernia al disco ce l'ha davvero... ma – d'altra parte – quante TAC si fanno per un colpo di frusta al fine di ottenere un maggior risarcimento dall'assicurazione? COSÌ POTREBBE ESSERE SUGGERITO ANCHE DALL'AVVOCATO... che, da quando è passata la nuova legge sul colpo di frusta, *potrebbe richiedere – a voce e mai per scritto* – al paziente di farsi prescrivere le visite otorino a tutti per dimostrare una ipotetica vertigine che altrimenti con le nuove regole non verrebbe risarcita.

In tutto ciò potrebbero tuttavia esserci degli aspetti – a mio parere – anche positivi se si considera che si tratta di una riforma ideata solo per poter reperire risorse ed abbassare le tasse e – forse – rilanciare l'economia... e cioè che gli ambulatori saranno probabilmente più vuoti con risparmio di tempo e risorse a vantaggio di chi è veramente malato... e poi I DOTTORI POTREBBERO RITORNARE A FARE I DOTTORI ED A VISITARE DAVVERO E QUINDI RECUPERE TEMPO PER POTER VALUTARE AD ESEMPIO LA FUNZIONALITÀ DI UN GINOCCHIO O DI UNA SPALLA O PER FARE LA PERCUSSIONE

DEL TORACE CON IL GESTO DEL PICCHIETTARE CON LE DITA, COSE CHE NESSUNO – IO COMPRESO – FA PIÙ... SPESSO DIMENTICANDO QUALCHE VOLTA COME SI FA...

Naturalmente **DOVETE STARE TRANQUILLI** perché come al solito – come è successo per la riforma della guardia medica e del dottore 24 ore su 24 – tutto questo non accadrà, perché già si stanno muovendo i sindacati degli utenti, degli avvocati e degli operatori del settore sanitario che politicamente annacqueranno il tutto con commi e precisazioni in politichese incomprensibile.

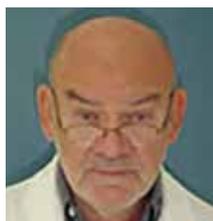
D'altra parte nessun politico avrà il coraggio di rischiare voti e potere per tanta demagogia.

Una cosa è comunque certa... che avremo ancora una volta un autunno in cui a noi poveri dottori – ultima ruota del carro – toccherà litigare di continuo con la gente, dovendo applicare e spiegare decisioni fatte calare dall'alto senza o con scarse regole applicative... **TM**

Info: rubinotommaso@tiscali.it

RICORDO

Paolo Cicchi, allievo e maestro di Chirurgia



Il professor Paolo Cicchi ci ha lasciati da pochi giorni. Rivendicando sempre con orgoglio le sue semplici origini, si era laureato a Firenze con il massimo dei voti e lode appena concluso il sesto anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Già interessato alla chirurgia raccontava con piacere di aver incontrato quasi per caso nell'atrio della Clinica Chirurgica il professor Loddi che intuendone le capacità lo aveva avviato alla carriera accademica e ne aveva fatto l'allievo prediletto e più autorevole. Infatti alla attività assistenziale spesso gravosa riusciva sempre ad affiancare una pregevole attività di studio e ricerca, contribuendo a sistematizzare la chirurgia delle ghiandole endocrine in via di affrancamento dalla chirurgia generale e diventandone un indiscusso punto di riferimento in ambito non solo locale. Non inferiori alle doti professionali erano quelle umane che, nonostante il carattere schivo e alieno da ogni autocompiacimento, lasciavano trasparire la naturale e costante buona disposizione verso gli altri, tanto da rendere impossibile con lui non solo un contrasto ma neanche il seppur minimo dissapore. Non doveva dimostrare di essere competente perché lo era davvero e non doveva accattivarsi la benevolenza degli altri che gli era tributata per la sua bontà innata e genuina. Insieme a tanti pazienti grati per le cure ricevute e agli amici che preservava con affettuosa gelosia, non si contano i colleghi, ed io fra questi, che, seguiti prima, durante e dopo la laurea, avviandoli magari anche all'amore e ai primi rudimenti della chirurgia, conserveranno di lui un ricordo incancellabile.

Giuliano Perigli

RICORDO

Carlo Buffi, la passione della Medicina



Ci sono medici che vivono con passione il loro lavoro, indossano più il camice di qualsiasi altro abito, ti richiamano al dovere con uno sguardo e con lo stesso sguardo ti apprezzano, conquistano la fiducia dei malati con poche parole, dense, piene di significato, dette a bassa voce.

Medici che ogni sera chiamano in ospedale per sapere se ci sono problemi, e che quando sono chiamati arrivano, ad ogni ora del giorno e della notte.

Medici che cambiano la storia del reparto a loro affidato, insegnando con i fatti più delle parole, compiendo scelte coraggiose, guidando con determinazione la squadra.

Medici che incontri e non dimentichi, con i quali condividi momenti belli e brutti, ai quali puoi affidare le scelte più importanti della tua vita.

Tu sei stato uno di loro, e lo sarai sempre nel cuore di chi ti ha conosciuto ed ha avuto la fortuna di lavorare al tuo fianco. Ora riposa, ma non perderci di vista... Ciao Carlo!

Simona Dei

La **Federazione Toscana degli Ordini** si è spaccata a seguito di insanabili divergenze politiche e sono nate due associazioni, La FEDERAZIONE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA TOSCANA, presieduta dal Presidente di Pisa dr. Giuseppe Figlini, che raccoglie gli Ordini di Firenze, Livorno, Pisa e Prato e comprende la maggioranza degli iscritti agli albi della Toscana e la FEDERAZIONE TOSCANA DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI che comprende gli Ordini di Arezzo, Grosseto, Lucca, Massa, Pistoia e Siena, con un numero minore di iscritti. È spiacevole constatare che oggi nessuno rappresenta tutti i medici toscani.

Comunque ad ambedue le Associazioni gli auguri di Toscana Medica

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

Via G.C. Vanini 15, 50129 Firenze

FESTA di NATALE

Sabato 12 dicembre p.v. dalle ore 16,00 l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze sarà lieto di festeggiare il Natale con i colleghi fiorentini. Alle ore 17 è prevista la presenza delle attrici Katia Beni e Anna Meacci con una loro performance.

Nell'occasione sarà allestita una **mostra di medici artisti, visitabile da martedì 1 a sabato 12 dicembre p.v.** in orario di apertura dell'Ordine.

Il pomeriggio terminerà alle ore 18 con un brindisi augurale.

Info: email relazionierne@ordine-medici-firenze.it; numeri telefonici: **0550750612; 0550750625**

Iniziative urgenti per porre fine alla vendita on line di medicinali per l'interruzione di gravidanza

Secondo un'indagine condotta dal settimanale "Espresso" e pubblicata sul sito online, proliferano i siti che vendono, senza alcun controllo, a prezzi scontati garantendo il pieno anonimato alla donna farmaci per l'interruzione di gravidanza; la prima a lanciare l'allarme sul fenomeno è stata la procura di Genova che, nel 2013 ha avviato tre inchieste parallele. Le conseguenze di questa pericolosa tendenza agli aborti "fai-da-te" sono scritte nero su bianco sui referti medici degli ospedali, che si sono poi trasformati in denunce in tutta Italia. Nella seduta della Commissione Affari Sociali del 24 settembre 2015 si è provveduto a fornire una stima aggiornata degli aborti

clandestini che per le donne italiane è stimato compreso nell'intervallo tra 12.000 e 15.000 casi e per le donne straniere compresa tra 3.000 e 5.000 casi. Nel merito della specifica questione sollevata in una interrogazione parlamentare si è rilevato che negli ultimi mesi, grazie al decreto legislativo n. 17 del 2014 "alcune delle attività di contrasto avviate da AIFA sono state consolidate in più ampi progetti inter-istituzionali: la task-force Impact Italia è stata ampliata e trasformata in task-force nazionale anticontraffazione, mentre il Tavolo di collaborazione intersettoriale sulle e-pharmacies avviato da AIFA, Comando dei Carabinieri per la tutela della salute (NAS) e Ministero della

salute, insieme all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, al Registro IT e al Ministero dello sviluppo economico, è stato formalizzato in una Conferenza dei Servizi sulle e-pharmacies. L'AIFA prosegue l'attività di sorveglianza sulla vendita illegale di farmaci on line, anche attraverso la partecipazione a operazioni internazionali di polizia e doganali come avvenuto recentemente con la recente "Pangea VIII" (che dal 9 al 16 giugno scorsi solo presso i principali porti e aeroporti italiani ha portato al sequestro di oltre 90.000 unità di farmaci illegali o falsi), le attività di formazione degli operatori attraverso corsi e pubblicazioni e le altre iniziative in corso".

Assistente di studio odontoiatrico: accordo in arrivo alla Stato Regioni

L'individuazione del profilo dell'Assistente di studio odontoiatrico, delle attività e della formazione di questo operatore è «una lacuna da colmare». Infatti, mentre la qualifica è già presente nei contratti nazionali degli studi professionali, non lo è nell'ambito del Servizio

sanitario nazionale o della sanità privata. Inoltre non ne è stata mai regolamentata la formazione a livello nazionale. Una proposta ad hoc è in itinere e ha già avuto il via libera dai ministeri competenti. Ora manca solo il parere del Consiglio superiore di sanità e dopodiché gli atti

relativi allo schema di Accordo saranno inoltrati alla Conferenza Stato-Regioni. È questa la risposta del ministero della Salute a un'interrogazione parlamentare sulla definizione delle competenze dell'assistente di studio odontoiatrico (Aso).

Libera professione non autorizzata: danno erariale

Un professore ordinario è stato citato davanti alla Corte dei Conti per rispondere del danno erariale derivante dal fatto di aver percepito lo stipendio come professore a tempo pieno con indennità di esclusiva, mentre invece svolgeva anche libera professione esterna presso una Casa di Cura privata. Il medico si è difeso affermando che, nell'arco di quattro anni, aveva svolto in esterno soltanto tre interventi chirurgici e non più di una de-

cina di visite, peraltro in giorni e orari non coincidenti con la sua attività di docenza. A suo parere, quindi, si è trattato di attività marginalissime che non potevano essere considerate come una attività professionale parallela a quella istituzionale. La Corte dei Conti però è stata di diverso avviso. Secondo i giudici contabili, la normativa per i professori universitari, così come per i dirigenti medici ospedalieri è tassativa: è vietata ogni attività ester-

na (se non espressamente autorizzata), perché può comunque essere di pregiudizio all'attività istituzionale. E l'esistenza o meno di tale pregiudizio non la valuta il medico ma l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (nel dare o non dare l'autorizzazione) e, in ultimo, la Corte dei Conti. Pertanto il medico è stato condannato a risarcire il danno erariale.

Carni e tumori. Ars Toscana: "La nostra Piramide alimentare elaborata nel 2010 riferimento ideale per salute a tavola"

Lo sottolinea Francesco Cipriani, Direttore generale dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana. La Piramide suggerisce pochi ma sicuri orientamenti: consumare tutti gli alimenti (senza nessuna esclusione) con una frequenza diversificata: più spesso i gruppi alimentari posti in basso nella piramide e più raramente quelli in alto (carne, salumi e dolci).

Sui media è esploso il caso della 'carne cancerogena'. E così hanno preso il via confronti e scambi di posizioni pro o contro il documento Oms-larc. Ma la Regione Toscana "aveva indicato ai propri cittadini già nel 2010, con largo anticipo rispetto al livello nazionale e molto prima delle indicazioni della larc, la strada migliore per la salute a tavola, con vantaggi anche per ambiente, conti economici e benessere degli animali. Tutto in una sola immagine: la Piramide alimentare toscana - PAT". È quanto osserva

Francesco Cipriani, Direttore generale dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana.

La Piramide è stata elaborata con l'aiuto di agronomi, medici, nutrizionisti, geriatri, epidemiologi, veterinari, biologi, economisti dell'Università di Firenze, Siena e Pisa. E con il supporto del Cnr di Pisa, di Ispo, dell'Accademia dei Georgofili, dei ricercatori dello studio InChianti dell'Asl di Firenze.

I sei scalini della Piramide, dal basso verso l'alto, comprendono: frutta e verdura; cereali e derivati e olio extravergine di oliva; legumi, frutta secca, latte e yogurt; pesce e pollame; formaggi, uova e patate; infine carne, salumi e dolci. A parte, indicazioni specifiche per il vino, l'acqua e l'attività fisica. Tra questi prodotti, la Piramide suggerisce pochi ma sicuri orientamenti: consumare tutti gli alimenti (tutti, senza nessuna esclusione) con una frequenza diversificata: più spesso i gruppi alimentari posti in basso

nella piramide e più raramente quelli in alto. Vino con moderazione solo ai pasti e, alla base di tutto, molta attività fisica.

"Dunque - sottolinea Cipriani - anche prima della presa di posizione della larc, i nostri cittadini erano già a conoscenza che una dieta ricca di frutta, verdura e legumi, arricchita di pesce, ma povera in carne rossa, salumi e dolci, insieme ad una buona e costante attività fisica è il modello da seguire per mantenersi in buona salute". Tanto più che, conclude Cipriani, "carne o non carne, i toscani condividono già con i giapponesi ed altre regioni italiane il primato mondiale della durata della vita: 85 se toscana, 80 se toscano. Ed è ancora in miglioramento".

Da Firenze Medica, Notiziario della FIMMG Anno III - 2015 - n. 195 del 3 Novembre 2015

Il decalogo dell'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' sulle vaccinazioni

Un decalogo per il futuro delle vaccinazioni in Italia è stato presentato da Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del 48esimo Congresso della SItI, la Società italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica.

10 PUNTI PER IL FUTURO DELLE VACCINAZIONI IN ITALIA

1. SICUREZZA

I vaccini sono una delle tecnologie biomediche più sicure, perché vengono sperimentati e testati prima, durante e dopo la loro introduzione nella pratica clinica.

La loro scoperta e il loro impiego hanno contribuito a proteggere milioni di persone in tutto il mondo.

2. EFFICACIA

I vaccini consentono di preservare la salute delle persone stimolando un'efficace protezione contro numerose malattie, evitando sintomi ed effetti dannosi, alcuni potenzialmente mortali.

3. EFFICIENZA

I vaccini sono tra le tecnologie più efficienti per il rapporto favorevole tra il loro costo e quelli degli effetti sia diretti che indiretti delle malattie evitate.

4. ORGANIZZAZIONE

I programmi di vaccinazione devono essere oggetto di attenta programmazione, organizzazione e gestione da parte delle strutture sanitarie. Devono essere altresì monitorati attraverso il relativo sistema informativo e di sorveglianza.

Ogni individuo è tenuto a vaccinarsi in accordo alle strategie condivise a livello nazionale al fine di contribuire al mantenimento della propria salute ed alla

riduzione della circolazione delle malattie infettive e del carico di malattia a queste associate. La vaccinazione è particolarmente raccomandata per il personale sanitario e tutti coloro che abbiano una funzione di pubblica utilità o svolgano attività a contatto con altri individui, al fine di assicurare la massima protezione nei confronti delle fasce di popolazione più fragili (pazienti, bambini, anziani).

5. ETICA

Ogni operatore sanitario, e a maggior ragione chi svolge a qualsiasi titolo incarichi per conto del Servizio Sanitario Nazionale, è eticamente obbligato ad informare, consigliare e promuovere le vaccinazioni in accordo alle più aggiornate evidenze scientifiche e alle strategie condivise a livello nazionale. La diffusione di informazioni non basate su prove scientifiche da parte di operatori sanitari è moralmente deprecabile, costituisce grave infrazione alla deontologia professionale oltretutto essere contrattualmente e legalmente perseguibile.

6. FORMAZIONE

Il personale sanitario e gli studenti in medicina e delle professioni sanitarie devono essere VobiSNewS formati e aggiornati relativamente alla vaccinologia e alle strategie vaccinali in essere sulla base delle migliori evidenze condivise dalla comunità scientifica, pertanto appositi corsi destinati alla vaccinologia devono essere previsti all'interno dei corsi universitari e la vaccinologia va inserita fra gli obiettivi formativi della formazione continua per tutta l'area sanitaria.

7. INFORMAZIONE

I Servizi Sanitari sono ovunque chiamati a informare i cittadini e a proporre attivamente strategie vaccinali che, tenendo

nendo in considerazione l'epidemiologia, la storia naturale delle malattie e i fattori di rischio della popolazione, impattino significativamente su patologie gravose per la salute e la sicurezza dei singoli cittadini e della popolazione in considerazione della loro gravità, onerosità e contagiosità.

8. INVESTIMENTO

In considerazione del loro valore, alle vaccinazioni sono dedicate risorse economiche e organizzative stabili, programmate attraverso un'attenta e periodica pianificazione nazionale che identifichi le vaccinazioni prioritarie da inserire nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale che è un Livello Essenziale di Assistenza.

Le decisioni sulle priorità vaccinali devono nascere da valutazioni di Health Technology Assessment condotte a livello nazionale, in grado di offrire dimostrazione epidemiologica di efficacia, utilità e sicurezza, nonché possibilità di ottenere i risultati previsti.

9. VALUTAZIONE

L'impatto di un intervento vaccinale in termini di salute di una popolazione deve essere periodicamente valutato, anche da studi indipendenti, con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Società Scientifiche.

10. FUTURO

Al fine di incrementare continuamente le conoscenze sulla sicurezza, efficacia, utilità ed equità

di accesso in merito alle vaccinazioni ed orientare conseguentemente le strategie vaccinali, deve essere favorita, con la collaborazione delle massime Istituzioni Nazionali e delle Società Scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini.

Questionario sui trattamenti non necessari

Com'è noto, è sempre più alta l'attenzione sociale ed economica sulla prescrizione di test, trattamenti e procedure mediche a rischio di inappropriata, che spesso vengono prescritti sia per cautelarsi da ipotetiche rivalse, sia per accontentare le richieste dei pazienti. Al riguardo, il movimento "Slow Medicine", che in Italia promuove una medicina sobria, rispettosa e giusta, ha proposto alle Società medico-scientifiche di aderire al progetto "Fare di più non significa fare meglio", che ricalca quello americano "Choosing wisely" lanciato dall'American Board of Internal

Medicine Foundation, con lo scopo di raccogliere informazioni tra i medici sulla prescrizione di esami non necessari, sulle pressioni esercitate dai pazienti e sul comportamento dei medici di fronte a richieste improprie. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, insieme a Slow Medicine, propone quindi ai medici italiani che svolgono un'attività clinica a contatto con i pazienti, un questionario sulla prescrizione di test, trattamenti e procedure non necessari nella pratica corrente. Il questionario, che è anonimo e compilabile in pochi minuti, è disponibile sul sito

della FNOMCeO <http://portale.fnomceo.it/questionario/index.php/858833/lang-it> fino al 15 novembre 2015. I dati raccolti verranno confrontati con quelli americani e ciò consentirà di disporre di informazioni di primaria importanza da presentare al convegno internazionale sul tema, che si terrà nel prossimo mese di maggio a Roma. Tutti i colleghi, pertanto, sono invitati a partecipare alla raccolta dati compilando il questionario, nella consapevolezza di fornire un aiuto concreto all'inquadramento di un problema così importante e delicato per la professione medica.



CORSI

Master in Medicina Tropicale e Salute Globale

L'Università degli Studi di Firenze insieme all'Università degli Studi di Brescia, e in collaborazione con l'Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar (Verona), organizza per l'aa. 2015/2016 il **Master interuniversitario di I livello in Medicina Tropicale e Salute Globale**.

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

CFU: 60

Coordinatore del master: Prof. [Alessandro Bartoloni](#), Clinica Malattie Infettive, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze

Sedi del Corso: Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Largo Brambilla 3, Firenze, Università degli Studi di Brescia, Viale Europa 11, Brescia - Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, Via Don Angelo Sempreboni 5, Negrar (Verona)

Durata delle attività didattiche: da 16 febbraio 2016 a fine aprile 2017

Scadenza presentazione domanda d'ammissione: 27 novembre 2015

Quota di iscrizione: 2800 €

Per informazione ed iscrizione consultare il sito <http://www.unifi.it/vp-10546-interuniversitari-gestiti-dall-universita-di-fiorenze.html#tropi> oppure rivolgersi all'indirizzo e-mail alessandro.bartoloni@unifi.it oppure telefonare al N. 055-7949431.



ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

protocollo@omceofi.it - presidenza@ordine-medici-fiorenze.it - toscanamedica@ordine-medici-fiorenze.it

Pec:

presidenza.fi@pec.omceo.it - segreteria.fi@pec.omceo.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 int. 1

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: protocollo@omceofi.it; tel. 055 496 522 int. 9

Commissione Odontoiatri:

riceve il lunedì dalle ore 17,45 alle ore 18,45 su prenotazione telefonica: tel. 055 496 522 int. 4

Consulenze e informazioni:

ECM: tel. 055 496 522 int. 3, ENPAM: tel. 055 496 522 int. 1

AMMI - e-mail: ammifiorenze@virgilio.it - sito: ammifiorenze.altervista.org

FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter:

inviare per e-mail 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-fiorenze.it



Spedra[®] 100 mg

compresse
avanafil



Spedra[®] 200 mg

compresse
avanafil



Manfredo Fanfani

COSMA E DAMIANO



Due medici santi nella storia della medicina
e della città di Firenze,
la luminosa immagine immortalata dal Beato Angelico

*Realizzazione: Ricerche Cliniche Prof. Manfredo 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