

**13-14-15 NOVEMBRE  
ELEZIONI PER IL RINNOVO  
DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE**



# ToscanaMedica

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



## **Saperne di più per trattare meglio, il caso della BPCO**

G. Anzalone, G. Berni, S.E. Giustini, C. Marinai,  
E. Pattarino, G. Recchia, L. Roti

## **Il ruolo dell'Open Space di Chirurgia d'Urgenza nella gestione dell'Emergenza-Urgenza Chirurgica**

P. Tonelli, A. Valeri

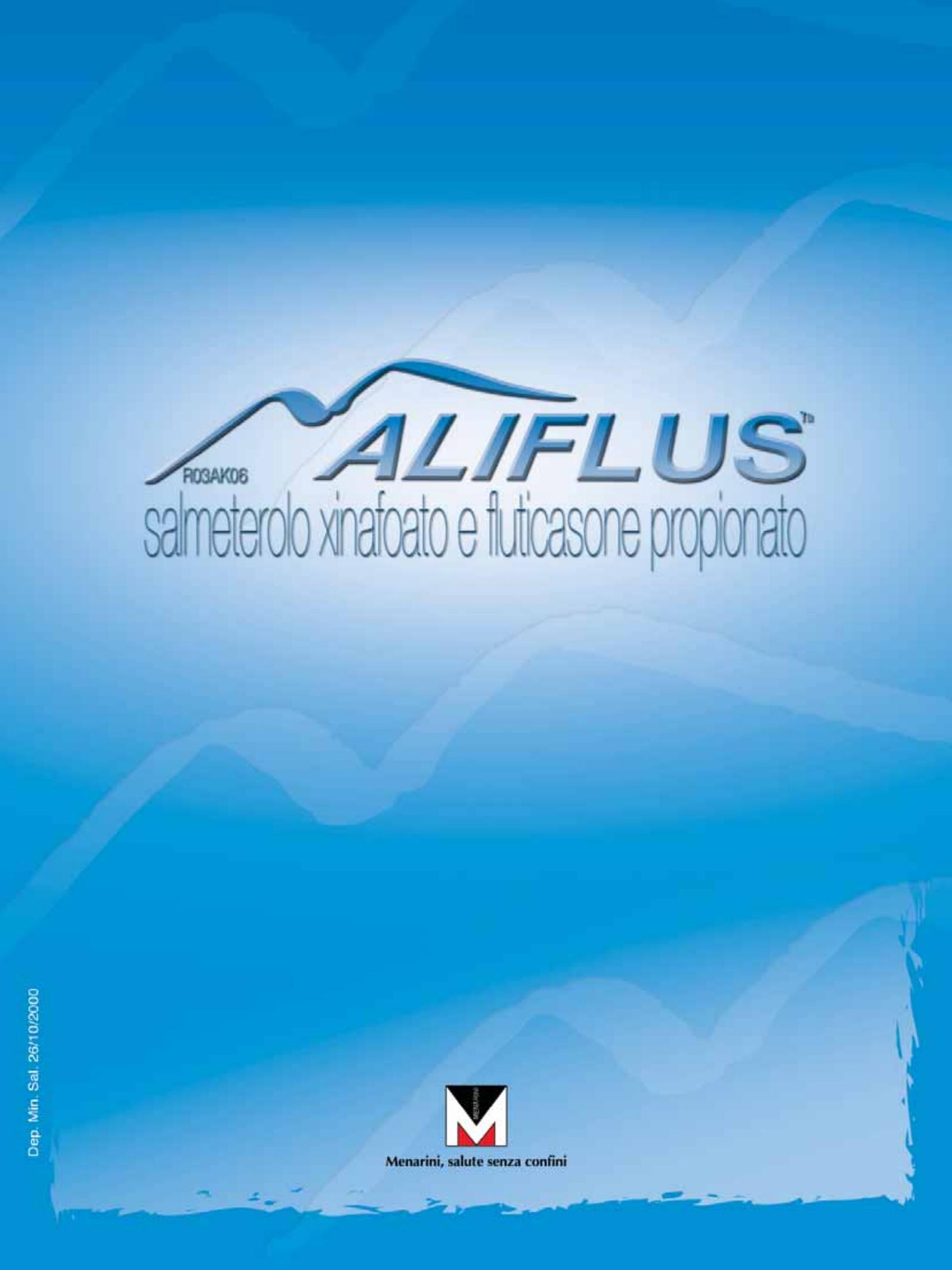
## **Risultati della sperimentazione del See and Treat**

A. Rosselli, C. Francois, D. Massai, G. Becattini,  
M. Paffetti, M. Ruggeri, S. Gasperini

## **La salute non è una merce**

A. Zuppiroli

# **N° 9 OTTOBRE 2011**



R03AK06

# ALIFLUS<sup>TM</sup>

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

**LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA**

■ Folon a Firenze <i>F. Napoli</i>	4
<b>EDITORIALE</b>	
■ Invito al voto <i>A. Panti</i>	5
■ Un'occasione da non perdere, la carenza di medici <i>A. Panti</i>	7
<b>OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani</b>	
■ Saperne di più per trattare meglio, il caso della BPCO <i>G. Anzalone, G. Berni, S.E. Giustini, C. Marinai, E. Pattarino, G. Recchia, L. Roti</i>	9
■ Lo strano caso della BPCO <i>A. Panti</i>	16
<b>QUALITÀ E PROFESSIONE</b>	
■ Risultati della sperimentazione del See and Treat <i>A. Rosselli e coll.</i>	17
■ Il ruolo dell'Open Space di Chirurgia d'Urgenza nella gestione dell'Emergenza-Urgenza Chirurgica <i>P. Tonelli e coll.</i>	20
■ Dall'anamnesi alla narrazione di storie <i>G. Collecchia</i>	22
■ Le disuguaglianze nella salute in Toscana <i>A. Biggeri e coll.</i>	23
■ Casi di melanoma in undici anni di attività del Servizio di Dermatologia Oncologica del C.A.L.C.I.T. <i>L. Salimbeni e coll.</i>	27
■ Organizzazione dei turni e impatto sui tempi di attesa e di processo nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Empoli <i>A. Caneschi e coll.</i>	29
<b>RICERCA E CLINICA</b>	
■ L'ospedale per Intensità di cura ed il case management in strutture per cronici <i>R. Vergassola e coll.</i>	32
■ Il percorso diagnostico-terapeutico del paziente affetto da sindrome di Klinefelter <i>L. Vignozzi e coll.</i>	34
■ Antigene prostatico specifico - PSA - trent'anni dopo <i>F. Francesca</i>	36
■ Le ustioni in età pediatrica <i>S. Pancani e coll.</i>	45
■ Diagnosi e terapia della cheratocongiuntivite Vernal <i>N. Pucci e coll.</i>	48

■ Chirurgia mini-invasiva in ginecologia <i>L. Mereu e coll.</i>	50
■ L'Herpes Zoster acuto e la nevralgia post-herpetica <i>M. La Grua</i>	53
■ Gravi lesioni da sport in Prato e provincia (2003-2008) <i>P.C. Marturano e coll.</i>	56
■ Allergia al pinolo nel bambino <i>S. Barni e coll.</i>	59
<b>LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI</b>	
<b>REGIONE TOSCANA</b>	
■ Combinazioni di Fragilità <i>L. Tonelli, A. Bavazzano, G. Mattei</i>	37
■ Uno stile toscano: concertare con le professioni il governo della sanità <i>Consiglio Sanitario Regionale</i>	39
<b>SAPER FARE SAPER ESSERE</b>	
■ La salute non è una merce <i>A. Zuppiroli</i>	61
■ Il dottor Knock si aggiorna <i>S. Spinsanti</i>	62
■ Il medico e le necessità spirituali dell'ammalato <i>A. Lopes Pegna</i>	63
■ La dimensione religiosa nel rapporto medico-paziente <i>G. Miccinesi e coll.</i>	65
<b>FRAMMENTI DI STORIA</b>	
■ Apologia del dottor Watson <i>E. Solito</i>	67
<b>ENPAM</b>	
■ "I giovani professionisti andranno in pensione con il 25% del reddito" - <i>Corriere della Sera, 9.12.2010</i> <i>E. Pattarino</i>	69
<b>RICORDO DI BRUNO CAINI</b>	
<i>A. Zuppiroli</i>	70
<b>LETTERE AL DIRETTORE</b>	
■ Ancora sulla Slow Medicine <i>F. Bellato</i>	71
■ Associazione "Slow Medicine" <i>A. Dolara</i>	72
■ La conoscenza delle medicine complementari influisce positivamente su costi sanitari e durata della vita <i>S. Baccetti</i>	73
■ Attacco alla professione <i>E. Mariotti</i>	73
<b>VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani</b>	
<b>NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi</b>	
	76

# ToscanaMedica

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



Fondato da  
**Giovanni Turziani**

Anno XXIX n. 9 - Ottobre 2011  
Poste Italiane s.p.a.  
Spedizione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta  
*Je me souviens, 2005*  
*Jean Michel Folon*

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

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

**COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA**

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

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



## Folon e Firenze

**P**ersonaggio sorridente e sereno, aspetti questi riflessi nella sua espressione artistica, Jean-Michel Folon ritorna a Firenze (ammesso che se ne sia mai distaccato) vedendo finalmente collocate una decina di proprie sculture nella naturale terrazza costituita dal Giardino delle Rose, a mezza costa del Monte alle Croci.

L'artista belga aveva in passato sempre espresso il suo amore, anzi una vera e propria passione, per la città e per il territorio toscano attorno, avvertiti ambedue come espressione di sentimenti umani, concretizzazione di un nodo focale dell'animo: l'armonia con la natura.

Ecco in buona parte motivata quella serenità (che è accordo) espressa dalle sue sculture (ma anche dai disegni, dalla grafica ed altro) e la capacità che le medesime hanno di mettersi in relazione con l'ambiente d'intorno.

In una società fatta sempre più di contrasti, l'arte di Folon va controcorrente, indicando una strada fatta di sinergie, di collaborazione, di collegamenti, di sintonie, di dialogo.

La più vera qualità artistica di Folon appare essere la capacità sintetica di esprimere un concetto, dandogli forma attraverso il segno, il colo-



*L'Envol, 2002, Jean Michel Folon*

re, la luce: ne scaturisce un'essenzialità grafica, non casualmente cara alla pubblicità (si pensi alla campagna sul metano a lungo andata in onda sugli schermi televisivi) o adatta a piccole immagini quali i francobolli.

Tale aspetto resta costantemente nella scultura dell'autore forse non ortodossa nella composizione, ma estremamente comunicativa, dove l'ambiente d'intorno diviene parte essenziale della stessa composizione: sempre è presente l'essere umano o una traccia di quest'ultimo (nel Giardino delle Rose rappresentato, ad esempio, dall'opera *25ème Pensée*), capace però di rimandare al contesto attorno; ritorna costantemente l'inquadratura della città vista da uno dei suoi colli o lo scorcio significativo della medesima (*Partir*, altra opera, come le seguenti, ospitata nel Giardino).

Alla scultura in primo piano, si aggiunge così la vista in campo lungo che ne dilata la dimensione (*L'Envol*), si aggiunge alla materia bronzo la materia aria o acqua o alberi (le fontane e *Chat*): ma è una natura che per quanto libera risponde sempre ad una sua strumentale accondiscendenza nei confronti dell'abitatore, è una natura che dilata la presenza umana.

Questa raccolta di opere, donata da Paola Ghiringhelli, moglie di Folon secondo le volontà dell'autore – scomparso, ricorderemo proprio nel corso della sua mostra fiorentina del 2005 – e curata da Marilena Pasquali, rivalorizza comunque un angolo verde dei colli fiorentini, spesso fino ad oggi chiuso durante il corso dell'anno, perché seguiva la fioritura dei roseti in esso contenuti: con questa installazione lo spazio diviene museo aperto, continuo, restituendolo in pianta stabile alla città ed ai visitatori.

Collocato lungo il viale dei Colli, ritrova inoltre anche il linguaggio che quasi 150 anni fa Giuseppe Poggi aveva pensato proprio per la viabilità principale della città divenuta capitale del nuovo stato italiano: lungo le strade di comunicazione del tempo si dovevano aprire piazze e spazi dedicati alla scultura per narrare, tramite questa, storia fatti e gloria di una nascente nazione.

Eguale, questo nuovo museo di scultura ci racconta una storia di oggi, fatta di amore.

### Folon nel Giardino delle Rose

Viale G. Poggi 2, Firenze  
aperto tutti i giorni dalle ore 9,00 al tramonto

# Invito al voto

ANTONIO PANTI

**D**omenica 13, lunedì 14 e martedì 15 novembre si svolgeranno le elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri per il prossimo triennio. Venite a votare! C'è sempre chi pensa: "La politica non mi interessa, lasciamola fare agli altri", ma in democrazia votare è la più alta espressione di cittadinanza. Ognuno ha il diritto e il dovere di sostenere col voto le proprie idee.

Da molti anni si percepisce una difficoltà complessiva nell'esercizio della professione che sconcerta i medici, quasi in affanno di fronte alle grandi trasformazioni della medicina e della società. E molti colleghi si chiedono, quasi per una trasposizione psicologicamente comprensibile, a che servano Ordini, Sindacati, qualsiasi associazione medica. Interviene una sorta di distacco fatalistico o irritato al quale bisogna reagire per riappropriarsi del futuro della professione.

Questa generazione di medici ha vissuto e vivrà cambiamenti tali per cui sociologi e storici discutono di "passaggio di epoca", verso una ancora mal definita "postmodernità". La rivoluzione informatica cambia radicalmente la professione, la tecnica influenza la nascita e la morte, i paradigmi della medicina si evolvono in rapidissima successione, i pazienti sono divenuti esigenti, il risarcimento prende il posto della gratitudine, la genetica apre orizzonti impensabili, la medicina sostitutiva migliora le prestazioni dell'uomo e la riparazione dei pezzi difettosi prefigura l'uomo bionico.

Non è facile mantenere il filo dei valori in mezzo a così grandi trasformazioni, dei pazienti, della tecnica, della scienza, della sanità. La medicina è oggi paradigma e specchio dei dilemmi etici e politici del mondo. È certamente la scienza che più si è sviluppata e più è cambiata negli ultimi decenni, ponendo in crisi e modificando schemi concettuali apparentemente inattaccabili e indirizzi terapeutici diffusi e accettati, innovando incessantemente mezzi e strumenti di intervento sulle malattie, allargando il proprio campo di azione alla prevenzione, alla collettività, all'ambiente, alle disuguaglianze sociali, perfino teorizzando una medicina delle persone sane.

E i medici? Da un lato hanno sempre più viva la consapevolezza di dover adeguare competenze, saperi, comportamenti all'evoluzione della scienza e della società, di completare un'opera culturale per mantenere un antico prestigio, che non è mai dato di per sé ma trova ragione nell'interesse del malato. Dall'altro vi è una sorta di rimpianto del passato, un accusare miopie sindacali o prevaricazioni politiche, che per certo esistono, tuttavia dimenticando che è impossibile difendere quel che non c'è più o che non è mai esistito. La scienza e la tecnica progrediscono di per sé e il mondo cambia non per volontà degli amministratori ma perché si risolvono sempre più problemi dell'umanità. Viviamo un'epoca entusiasmante della medicina. I giovani disporranno di conoscenze e strumenti che miglioreranno, al di là di ogni previsione, le possibilità di prevenire e curare malattie presenti e future.

In questo quadro perché votare alle elezioni del Consiglio dell'Ordine? L'Ordine è fondamentale per gli scopi assegnati dalla legge, tenere l'albo e vigilare sulla deontologia. Compiti importanti quando i valori sembrano in crisi. Tuttavia l'Ordine non è soltanto un pubblico notaio o un giudice dei comportamenti etici dei medici. L'Ordine si propone con forza quale sede di dibattito, di confronto e di discussione sul futuro della medicina e della professione.

I medici non possono affrontare settorialmente o, peggio, singolarmente, siffatte questioni. Problemi enormi quali riacquistare tempo per la relazione con i pazienti, riprendersi serenità nell'operare quotidiano, stare al passo coi tempi, contrastare le prevaricazioni di un malinteso economicismo o di un'asfissiante burocrazia, riaffermare un prestigio tale da ricollocare giustamente i ruoli di medico e di paziente, senza ripensamenti paternalistici ma esigendo rispetto; in poche parole salvaguardare la libertà e l'indipendenza della professione.

Un vasto programma che necessita di un luogo unificante i diversi interessi categoriali che nessuna associazione medica se non l'Ordine può garantire. Una buona ragione per votare, per essere protagonisti del futuro della professione.

TM

**INVITO AI MEDICI E AGLI ODONTOIATRI!**

**ELEZIONI PER IL RINNOVO  
DEL CONSIGLIO  
DELL'ORDINE DI FIRENZE**

IL SEGGIO È APERTO NEI GIORNI

**DOMENICA 13, LUNEDÌ 14  
E MARTEDÌ 15 NOVEMBRE  
DALLE ORE 8,00 ALLE ORE 20,00**

PRESSO LA SEDE DELL'ORDINE DI FIRENZE  
VIA G.C. VANINI 15

SECONDA CONVOCAZIONE

**COLLEGHI, VENITE A VOTARE!**

Il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri per il prossimo triennio è un'occasione per partecipare alla vita dell'organo della professione in un periodo di così grandi trasformazioni della medicina e della sanità. Il peso e il prestigio dell'Ordine dipendono anche dal coinvolgimento dei medici nel dibattito, sempre più vivo nella società, sui problemi etici e economici della medicina moderna.

Il futuro della professione deve essere deciso dai medici.

**IL VOTO È UN DIRITTO  
E UN DOVERE DI TUTTI**



# Un'occasione da non perdere, la carenza di medici

ANTONIO PANTI

**I**l 26 luglio u.s. si è svolto all'Ordine dei Medici di Firenze un importante incontro dedicato alle problematiche suscitate dalla prevista carenza di medici; problemi formativi e di definizione del fabbisogno. I continui sviluppi della medicina e la necessità di meglio adeguare la preparazione professionale alle esigenze del servizio sanitario regionale fanno sì che la prevista carenza di medici non possa essere affrontata con risposte meccaniche quali l'incremento delle iscrizioni a medicina o delle specializzazioni. Anche il Ministero ha abbandonato l'idea di aumentare le iscrizioni a medicina perché non è possibile superare l'attuale capienza didattica dei nostri atenei e perché in realtà non è ben chiaro se alla carenza di medici non si debba supplire con altri strumenti.

Il Governo invece pensa di ridurre gli anni di specializzazione per consentire un più rapido in-

gresso nella professione; tuttavia il Governo vuol anche ridurre il numero delle borse finanziate dal Ministero (ad oggi 5000 su 8848), il che sposta il problema sulle Regioni che non hanno molte risorse ma che, ove le reperissero, vorrebbero d'intesa col Ministero, utilizzare gli specializzandi fin dal terzo anno, cosa utile alla loro stessa preparazione.

In Toscana i tempi sono maturi per trovare soluzioni sperimentali anche perché già le professioni hanno collaborato per produrre documenti sui problemi della formazione professionale a partire dalla sperimentazione del cosiddetto *See and Treat*, che ha già dato esito positivo. La Regione, le tre Università e gli Ordini e Collegi, debbono collaborare perché, nell'ambito delle rispettive competenze, si convochi un tavolo conclusivo con lo scopo di:

- elaborare contenuti formativi idonei a una

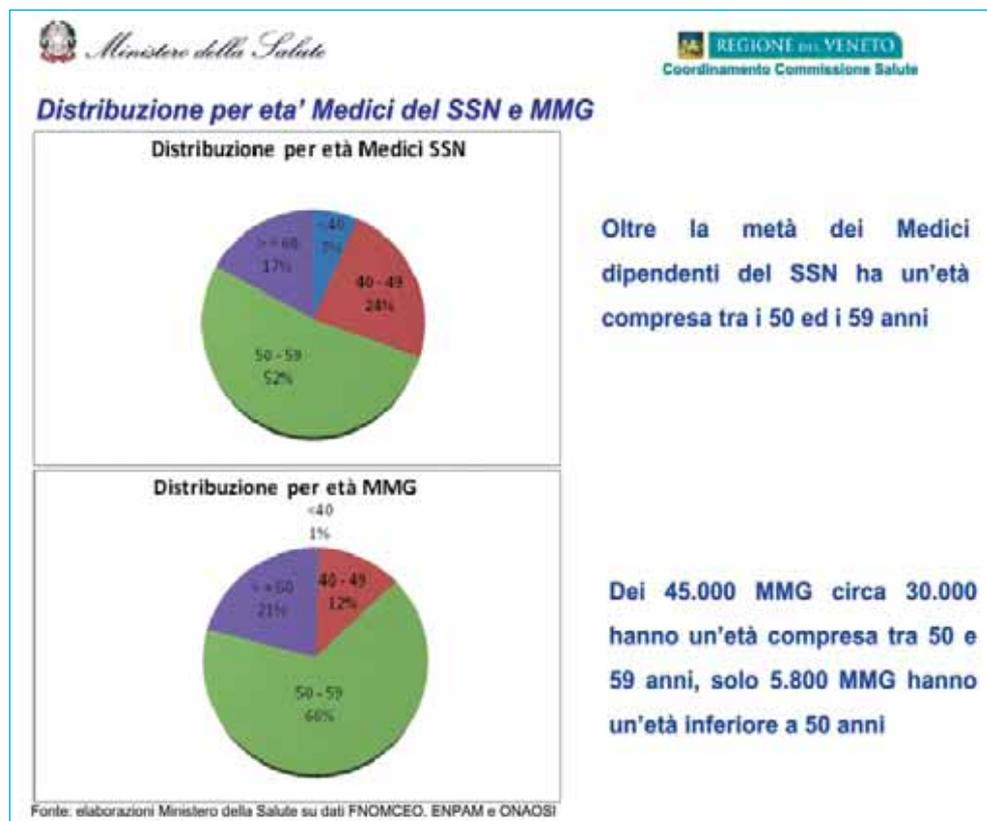
professionalizzazione adeguata alle esigenze del servizio;

- integrare operativamente il servizio e le Università al fine di creare un moderno e efficace strumento formativo;

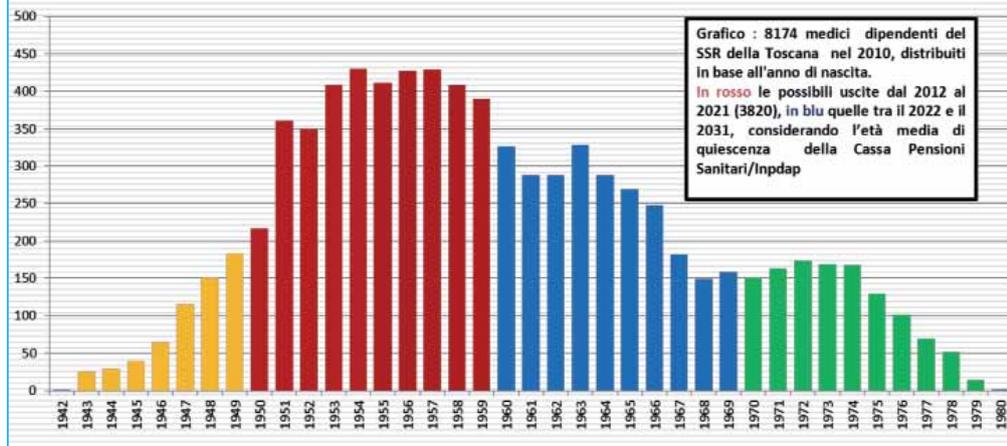
- utilizzare precocemente il personale in formazione nel SSR;

- definire modelli formativi post-laurea mediante una sinergia dei percorsi sia universitari (master) che autonomi del servizio;

- programmare il fabbisogno formativo non solo sul calcolo del *turn over* ma mediante



## La «gobba previdenziale» dei Medici dipendenti del SSR della Toscana



un'adeguata previsione delle necessità dei cittadini e delle innovazioni tecnologiche.

A tal fine occorre ricordare che già ad un primo calcolo negli anni 2012-2021 andranno in pensione in Toscana circa 3800 medici sugli attuali circa 8100 in ruolo. Mancheranno chirurghi generali (circa 120), ortopedici (circa 80), internisti (circa 200) e anestesisti (circa 60), molto meno radiologi e pediatri.

In conclusione non sono più differibili tre azioni:

- un atto deliberativo che definisca le proce-

versità;

- un accordo con le organizzazioni sindacali per la definizione del fabbisogno e l'utilizzo del personale in formazione nel SSR.

Non ci nascondiamo le difficoltà tecnico-professionali per affrontare problemi tanto rilevanti quanto irrimandabili; ma il vero problema è politico. Si troverà la forza e la volontà politica, comprendendo che la formazione dei professionisti è un diritto dovere del servizio sanitario?

TM

### ORDINE DI FIRENZE

#### E-mail:

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

#### Orario di apertura al pubblico:

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

#### Rilascio certificati di iscrizione:

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

#### Tassa annuale di iscrizione:

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

#### Cambio di indirizzo:

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

#### Consulenze e informazioni:

COMMISSIONE ODONTOIATRI - il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45 - CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI  
 sito Internet dell'Ordine

AMMI - e-mail: [ammifirenze@virgilio.it](mailto:ammifirenze@virgilio.it) - sito: [ammifirenze.altervista.org](http://ammifirenze.altervista.org)

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

#### Newsletter:

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

~ ~ ~

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045

Sito Internet: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it)



# Saperne di più per trattare meglio, il caso della BPCO

**TOSCANA MEDICA** – La gestione dei pazienti con Broncopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) viene a pieno titolo inserita nel “Chronic Care Model” (CCM) che attualmente è in fase di attuazione anche nella nostra Regione. In questo senso a che punto siamo in Toscana e quali sono i punti di contatto tra questo modello assistenziale e la cosiddetta Sanità di iniziativa?

**ROTI** – Il progetto è iniziato un anno fa ed ha coinvolto circa 700 medici di medicina generale ed un pool di infermieri identificati dalle Aziende sanitarie aggregati in moduli funzionali destinati alla gestione delle patologie croniche, rappresentate nella fase pilota dell’iniziativa dal diabete e dallo scompenso cardiaco. In seguito è stato attivato il percorso relativo alla BPCO ed alla fase post-ictus/TIA.

Il setting assistenziale riservato a questi pazienti prevede l’avvio di un percorso di approfondimento diagnostico e di cosiddetta “profilazione del rischio” seguito dal loro inserimento in un processo di follow-up gestito dall’infermiere con la supervisione clinica e la responsabilità complessiva del medico di base. Ovviamente particolare attenzione viene riservata ai quei soggetti nei quali siano riscontrate difficoltà e problematiche di varia natura che potenzialmente potrebbero incidere negativamente sull’iter di cura e sui risultati terapeutici.

A livello regionale un primo risultato importante è rappresentato dall’essere riusciti ad attivare un modello assistenziale interprofessionale innovativo che in futuro dovrà certamente essere ampliato e potenziato, oltre ad avere in questo modo dato vita anche ai cosiddetti Registri di patologia, punto di partenza per le indispensabili, future elaborazioni informatiche delle informazioni raccolte.

Dai dati ad oggi in nostro possesso la prevalenza della BPCO a livello regionale si attesta intorno a circa il 2% in termini di pazienti presi in carico dal percorso di sanità di iniziativa, con un obiettivo del 1,5% assegnato ai moduli in sede di pianificazione organizzativa. Le percentuali dei singoli moduli, come del resto è successo anche con il diabete, sono inoltre apparse piuttosto difformi nella Regione. Per quanto riguarda la definizione di BPCO si era in un primo tempo deciso di basarsi sui risultati dell’esa-

me spirometrico, optando in un secondo tempo per il solo inquadramento clinico ottenuto dai database dei medici curanti.

**TOSCANA MEDICA** – I medici di medicina generale e gli specialisti sono d’accordo con questo inquadramento della BPCO all’interno del CCM?

GIUSEPPE ANZALONE<sup>1</sup>, GIANCARLO BERNI<sup>2</sup>,  
SAFFI ETTORE GIUSTINI<sup>3</sup>, CLAUDIO MARINAI<sup>4</sup>,  
EUGENIO PATTARINO<sup>5</sup>, GIUSEPPE RECCHIA<sup>6</sup>,  
LORENZO ROTI<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Primario Pneumologo a Prato

<sup>2</sup> Direttore dell’Osservatorio per l’Emergenza-Urgenza della Regione Toscana

<sup>3</sup> Medico di medicina generale, responsabile del Settore Farmaco della SIMG

<sup>4</sup> Dirigente del Settore farmaceutico dell’ESTAV Centro

<sup>5</sup> Medico di medicina generale a Firenze

<sup>6</sup> Direttore medico-scientifico della GlaxoSmithKline

<sup>7</sup> Dirigente del Settore Servizi alla Persona della Regione Toscana

**GIUSTINI** – In linea di massima direi di sì, anche se gli specialisti spesso tengono a sottolineare come la medicina generale tenda in linea di massima a sottovalutare l’entità del problema, visto che studi internazionali recenti parlano di percentuali di prevalenza intorno al 7%. Io mi limito a dire che i dati ottenuti

dai database della SIMG parlano di una prevalenza del 2% nel 2003 aumentata al 2,6% nel 2009, con circa 500-700 pazienti ogni 10.000 abitanti.

A parte i dati epidemiologici credo comunque che alcune questioni debbano essere attentamente considerate. In primo luogo cercare di capire con la massima chiarezza quanti sono i pazienti arruolati solo in base alla clinica e quanti invece sono stati in qualche modo stadiati almeno con un esame spirometrico. Ed ancora. Sarebbe necessario individuare con grande esattezza le comorbilità presenti molto spesso nei pazienti con BPCO, soprattutto in campo cardiologico, visto che soprattutto nei soggetti più anziani e maggiormente compromessi anche una semplice spirometria può essere di difficile esecuzione.

**PATTARINO** – Anche io penso che la questione della diagnosi della BPCO sia un momento importante da considerare. Partendo dalla considerazione che una diagnosi di certezza realmente attendibile richiede l’esecuzione di tutta una serie di esami spesso di difficile esecuzione in questo tipo di pazienti, penso che bene abbia fatto la regione Toscana ad introdurre il criterio diagnostico strettamente clinico.

Un problema importante è rappresentato dal fatto che questa patologia, una volta diagnostica, ha bisogno di un follow – up attento e continuato nel tempo gestito dal medico di famiglia insieme a tutta una serie di figure di supporto quali lo pneumologo, l’infermiere, il fisioterapista, il dietista ecc.

Non bisogna inoltre dimenticare che in molti casi

la presenza di importanti polipatologie associate finisce per fare sottovalutare la BPCO, sia da parte dei pazienti che degli stessi medici, in termini sia di trattamento che di monitoraggio nel tempo.

**ANZALONE** – Volevo aggiungere qualche dato epidemiologico. In Italia stime recenti ci dicono che l'incidenza dei fumatori è del 23.5% della popolazione e che ben il 40-50% di questi soggetti svilupperà una BPCO. In assoluto questo significa che nel nostro Paese oggi abbiamo circa 15 milioni di fumatori e 7 milioni di soggetti broncopatici ostruttivi, con un numero pertanto in teoria significativo di questi malati fra i 1500 assistiti di ogni medico di famiglia, cosa peraltro difficilmente riscontrabile: siamo pertanto di fronte ad una patologia ovviamente molto sottostimata.

Inoltre mi dispiace andare controcorrente a quanto deciso dalla Regione Toscana, ma devo ricordare che la Letteratura internazionale è ormai ampiamente concorde nel definire la diagnosi di BPCO solo ed esclusivamente spirometrica e non certamente clinica.

A Prato, all'interno dei processi organizzativi del CCM, anche per quanto riguarda la BPCO esiste una ottima collaborazione tra i medici di famiglia e gli specialisti che ha portato alla creazione di un database ottenuto incrociando i dati provenienti da tre archivi differenti, vale a dire quelli dei medici di famiglia, quello della U.O. di Farmacia contenente le prescrizioni dei farmaci broncodilatatori e quello del Laboratorio unico di Fisiopatologia Respiratoria con le informazioni relative alle spirometrie ed al fumo di sigaretta.

I risultati di queste indagini sono in molti casi sorprendenti. Circa la metà dei soggetti etichettati dai medici di base come broncopatici non sono mai stati fumatori, ed il fumo di sigaretta è responsabile del 95% dei casi di BPCO, con percentuali assolutamente trascurabili di casi legati all'inquinamento atmosferico o industriale. Inoltre una certa parte di soggetti verosimilmente davvero affetti dalla malattia non hanno mai eseguito una spirometria.

Nella mia realtà il primo passo che abbiamo compiuto è stato quindi quello di identificare con la massima accuratezza possibile i malati "veri" e non solo quelli presunti o creduti tali. In questo senso un grande aiuto ci è stato dato dall'assegnazione degli infermieri dedicati ai gruppi della Sanità di Iniziativa, opportunamente formati dai colleghi dell'UO di Pneumologia. Questi professionisti hanno pertanto imparato ad usare gli spirometri di cui sono stati dotati i gruppi di lavoro ed hanno iniziato a fare con buoni risultati esami di primo livello.

Sempre a livello di attività ambulatoriale della Sanità di iniziativa è stato concordato l'accesso periodico di uno specialista e di un infermiere dell'UO ospedaliera che contribuiranno alla gestione complessiva dei casi ed al retraining del personale impegnato sul territorio.

Tutto questo per il momento è destinato all'assistenza dei pazienti in certo modo già noti; il futuro sarà quello, nell'ottica della Sanità di Iniziativa, di andare a cercare quelli che ancora non sono conosciuti al sistema.

**BERNI** – Anche io sono convinto che non si possa assolutamente prescindere ai fini diagnostici dall'ese-

cuzione di una spirometria, esame peraltro richiesto con minore frequenza di quanto per esempio non avvenga con l'ECG o la radiografia del torace, secondo quanto del resto consigliato anche dalle evidenze internazionali. Senza poi dimenticare che i valori strumentali rappresentano l'indicatore importante per monitorare nel tempo l'andamento della terapia.

Basandosi solo sul criterio clinico non riusciremo mai ad ottenere dati realmente attendibili sull'incidenza/prevalenza della BPCO e sulla reale importanza delle polipatologie ad essa associate.

**ROTTI** – Il concetto alla base dell'intervento regionale è stato quello di riconsegnare alla medicina generale la gestione, fin dal loro riconoscimento diagnostico, di alcune condizioni croniche di patologia che non costituiscono oggetto di estesi screening a livello di popolazione.

Anche secondo la Regione il criterio clinico non può essere sufficiente, però, come è successo nell'esperienza pratese illustrata prima dal dottor Anzalone, è servito come punto di inizio per dare vita ad interventi mirati, stimolare discussioni costruttive e confronti efficaci tra i vari professionisti impegnati a vario livello nella gestione di questi pazienti.

**MARINAI** – Ai fini di una quantificazione della patologia posso confermare che in altre Regioni (Emilia Romagna) da tempo è in funzione un software che partendo dai dati della prescrizione farmaceutica, secondo un algoritmo predefinito, riesce ad inquadrare i pazienti affetti da BPCO. È chiaro che questa strada passa sicuramente attraverso una verifica finale del medico di medicina generale, però in questo modo riusciremo a dare allo stesso medico un set di pazienti sui quali effettuare le verifiche o cliniche o diagnostiche di cui si è parlato fino ad adesso.

**TOSCANA MEDICA** – *A questo punto della discussione appare ovvio che la BPCO rappresenta ancora oggi una patologia in molti casi misconosciuta e spesso sottovalutata che però può essere responsabile di gravi conseguenze per i paziente e di notevoli costi sociali sia diretti che indiretti. L'identificazione dei soggetti a rischio rappresenta pertanto una priorità reale dei sistemi sanitari.*

**ANZALONE** – Quella dei costi della BPCO è senza dubbio una questione di grande importanza, se è vero che secondo l'OMS nel 2020 rappresenterà la terza causa di mortalità nei Paesi occidentali e la quarta in Italia di ricovero ospedaliero. Secondo dati del 2007 provenienti da studi spagnoli il costo globale annuo per un malato di BPCO si aggira in media intorno ai 1876 dollari statunitensi, con aumenti anche fino al 50% nei casi più gravi di malattia.

Appare pertanto di fondamentale importanza identificare il prima possibile le forme iniziali per evitare che inevitabilmente progrediscano verso quelle di maggiore gravità, caratterizzate da un progressivo deterioramento della funzionalità respiratoria. Uno dei problemi più seri in questo campo è rappresentato dal fatto che quando la sintomatologia diventa ben evidente il decorso della malattia è per lo più già notevolmente avanzato. Per questo la Sanità di Iniziativa deve essere coinvolta nella

## PARTECIPANO



Giuseppe Anzalone



Giancarlo Berni



Saffi Ettore Giustini



Claudio Marinai



Eugenio Pattarino



Giuseppe Recchia



Lorenzo Roti

questione perché, oltre a gestire i pazienti già noti, si riesca ad individuare il maggior numero possibile di quei soggetti che ancora non hanno manifestato i sintomi ma che sono già affetti da BPCO. Tra l'altro non bisogna dimenticare che in questa ultima classe di popolazione correttamente identificata la terapia precocemente iniziata può riuscire a modificare in senso positivo l'andamento clinico della malattia con evidenti benefici anche di carattere economico.

**PATTARINO** – Il messaggio del dottor Anzalone deve essere assolutamente sostenuto e fatto circolare: riconosciuta ed affrontata in fase iniziale, la BPCO è una malattia del tutto curabile.

A mio parere un altro messaggio che deve assolutamente venire sempre più diffuso a livello di popolazione è quello che riguarda la prevenzione

del tabagismo, vista l'enorme sua importanza nella patogenesi della BPCO. In questo campo sono necessarie azioni concrete condotte a livello nazionale accanto a quelle seppure lodevoli ma di scarso impatto globale della medicina generale, per intercettare il maggior numero possibile di coloro che costituiscono il 25% dei fumatori italiani, persone giovani ed ancora in buona salute che ben di rado si rivolgono al proprio medico di famiglia apparendo quindi difficilmente "intercettabili" dalle azioni della Sanità di Iniziativa.

**BERNI** – Le statistiche dicono che le persone che sono riuscite a smettere di fumare sostengono che solo il 20% dei medici si impegna seriamente in questa attività di educazione sanitaria e solo il 2.2% riferisce di avere avuto un aiuto, sia di counseling che farmacologico, da parte del proprio medico di famiglia. Sempre le statistiche ci dicono che il tempo dedicato dai medici ad azioni di convincimento all'abbandono del fumo è direttamente proporzionale alla percentuale di successo, arrivando addirittura al 30% di abbandoni in persone che hanno avuto attenzione da parte del proprio medico per periodi di tempo di almeno 30 minuti.

D'altra parte anche i medici hanno le proprie colpe visto che è stato dimostrato che in linea di massima a livello dell'intero staff di un ospedale, circa il 36% del personale fuma, che i medici rappresentano ben il 21.2 di questa percentuale e che solo il 58% di questi professionisti della salute si preoccupa del "problema fumo" nei confronti degli utenti. Le campagne di prevenzione ed educazione sanitaria non dovrebbero quindi essere programmate genericamente soltanto a livello di popolazione!

**TOSCANA MEDICA** – *La lotta al tabagismo in Italia è oggi efficace e ben condotta oppure si potrebbe fare qualcosa di più?*

**ANZALONE** – In Italia esiste un problema di fondo praticamente insormontabile, rappresentato dal fatto che lo Stato ricava profitto "vendendo" in regime di monopolio il tabacco, quello cioè che almeno nelle intenzioni cerca di combattere, essendo inoltre allo stesso tempo obbligato a spendere cifre esorbitanti per cercare di rimediare ai danni dal tabacco stesso provocati.

Se fosse possibile sanare questa incongruenza di fondo, le campagne preventive avrebbero davvero tutta un'altra efficacia, andando a coinvolgere oltre alla BPCO, malattia peraltro epidemiologicamente non trascurabile, anche il cancro del polmone (e a questo proposito ricordo che solo il 2% di questi ammalati non ha mai fumato) ed il campo immenso delle patologie cardiovascolari.

**GIUSTINI** – Se è vero che il cittadino è il primo e vero attore del proprio stato di salute, credo che il CCM e la Sanità di Iniziativa possano davvero rappresentare due strumenti di enorme efficacia anche per condurre una lotta davvero incisiva al tabagismo, che veda uniti i pazienti e tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione della loro salute.

**ROTI** – Io penso che anche i medici dovrebbero oggi dedicare molta più attenzione alla questione del fumo e proprio analizzando i dati relativi alla BPCO

ci siamo accorti che questo interesse in molti casi non traspare neppure nella cartelle redatte dai professionisti della medicina generale visto che in molti casi neppure viene riportata l'eventuale abitudine al fumo del paziente.

La Sanità di Iniziativa può rappresentare davvero un momento importante di intervento, anche perché oggi si è purtroppo esaurita l'onda di entusiasmo e novità che qualche anno fa aveva accompagnato le iniziative legislative (la cosiddetta Legge Sirchia) che avevano proibito il fumo in molti luoghi pubblici.

**ANZALONE** – Sempre per rimanere al tabagismo, ricordo che già qualche anno fa l'OMS aveva pubblicato un documento nel quale sosteneva che nel 2026 (praticamente domani!) le patologie causate dal fumo di sigaretta avrebbero assorbito interamente le risorse economiche dei sistemi sanitari del mondo industrializzato.

**TOSCANA MEDICA** – In uno degli interventi precedenti è stato sottolineato il fatto che alcuni pazienti etichettati come broncopatici cronici ostruttivi in realtà non lo erano, mentre altri, affetti veramente da BPCO, non avevano mai eseguito una spirometria. All'interno del CCM come si può risolvere al meglio la questione della diagnosi differenziale?

**ANZALONE** – Il problema della diagnosi differenziale è veramente di fondamentale importanza, soprattutto se si pensa che ad oggi sono state identificate e classificate ben 64 cause di ostruzione

bronchiale, fra cui le più importanti sono l'asma ed appunto la BPCO.

Direi che secondo la mia esperienza l'80% dei soggetti che arrivano negli ambulatori di Pneumologia con la diagnosi di "asma" in realtà sono affetti da BPCO e per questo credo siano fondamentali la collaborazione attenta e partecipata tra specialista e medico di base insieme ad adeguate attività di formazione ed approfondimento. Non dimentichiamo infatti che asma e BPCO, seppure somiglianti sul piano sintomatologico, sono in realtà due entità completamente diverse dal punto di vista dell'evoluzione clinica, dell'immunopatologia, dell'anatomia patologica e, soprattutto, dell'approccio terapeutico.

**TOSCANA MEDICA** – *Sempre in tema di diagnosi e partendo dal concetto, più volte ricordato in precedenza, che la BPCO è una malattia in buona parte prevenibile e curabile se riconosciuta precocemente, è possibile identificare un percorso diagnostico il più accurato possibile?*

**ANZALONE** – Oltre ad una fondamentale valutazione clinico-anamnestica, età, tabagismo, atopia, possono infatti orientare la diagnosi in un senso o nell'altro, i dati spirometrici possono contribuire alla diagnosi differenziale fra asma e BPCO, essendo l'ostruzione bronchiale reversibile prevalentemente presente nell'asma e quella irreversibile prevalentemente caratteristica della BPCO.

I valori spirometrici, ed in particolare il FEV1, sono stati inoltre per molto tempo considerati ele-

## CAT: la struttura

PUNTEGGIO		
Non tossico mai	0 1 2 3 4 5	Tossico sempre
Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	0 1 2 3 4 5	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)
Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto	0 1 2 3 4 5	Avverto una forte sensazione di costrizione al petto
Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato	0 1 2 3 4 5	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato
Non avverto limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	0 1 2 3 4 5	Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa
Mi sento tranquillo ed uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare	0 1 2 3 4 5	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare
Dormo profondamente	0 1 2 3 4 5	Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare
Ho molta energia	0 1 2 3 4 5	Non ho nessuna energia
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>		<b>0-40</b>

### L'interpretazione

Punteggio CAT	Impatto della BPCO sulla vita del paziente
> 30	Molto alto
> 20	Alto
10-20	Medio
< 10	Basso

Eligio COVID Assessment Test e CAT è un marchio registrato del gruppo di società GlaxoSmithKline. © 2010 GlaxoSmithKline. Tutti i diritti riservati.

© 2010 PROGETTO LIBRA - www.goldcoast.it

mento prognostico di fondamentale importanza. Recentemente però questa impostazione è stata in parte riconsiderata perché è stato dimostrato che i risultati della spirometria in percentuale significativa non correlano con i dati di mortalità. Nel 2007 è stato pertanto elaborato un sistema di valutazione multiparametrica basato essenzialmente sulle ripercussioni sistemiche della BPCO denominato BODE, Breath Obstruction Dispnea Exercise. Accanto a questi sistemi di valutazione relativamente complessi potrebbero essere impiegati, anche a livello di medicina generale ed a completamento di una spirometria di base, test semplici come quello del cammino per 6 minuti, estremamente utili per monitorare nel tempo l'andamento della malattia.

**PATTARINO** – Anche io sono convinto dell'importanza fondamentale che l'eventuale abitudine al fumo deve rivestire nella raccolta anamnestica dei nostri pazienti e penso che, seppure con qualche difficoltà, ogni medico di medicina generale dovrebbe dotarsi di uno spirometro per una prima valutazione di base. Inoltre poi non si può prescindere da una approfondita valutazione clinica alla ricerca di eventuali segni o sintomi che in qualche modo potrebbero essere correlati ad una patologia ostruttiva bronchiale, come per esempio l'obesità o una facile affaticabilità anche dopo sforzi fisici di modesta entità.

I Registri di patologia possono senza dubbio essere di grande aiuto in questo tipo di attività (che tra l'altro potrebbe essere grandemente implementata da un adeguato supporto infermieristico), permettendo una migliore caratterizzazione complessiva dei pazienti.

**GIUSTINI** – A me sembra che, a parte l'esecuzione del percorso diagnostico di primo livello fino ad ora descritto dai colleghi, la cosa davvero importante sia "agganciare" i soggetti che potenzialmente potrebbero sviluppare la malattia vale a dire, almeno secondo la mia esperienza, persone generalmente di sesso maschile, tra i 40 ed i 50 anni di età, per lo più in buone condizioni di salute, fumatori con scarsa o nessuna intenzione di abbandonare questa abitudine.

**TOSCANA MEDICA** – *Ma andare a cercare i potenziali malati ed impostare i percorsi diagnostici almeno di primo livello in un numero enorme di soggetti affetti non solo da BPCO ma anche, ad esempio, da diabete, ipertensione arteriosa e patologia cardiovascolare presuppone una disponibilità di risorse veramente notevole. I sistemi sanitari sono in grado di supportare questo impegno economico?*

**ROTI** – Secondo me la questione va impostata nel modo seguente: la capacità di riconoscere o sospettare nei nostri pazienti una determinata patologia, come avviene nel caso della BPCO, non deve essere scambiata con la necessità assoluta di effettuare screening a livello di popolazione destinati ad una determinata malattia piuttosto che ad un'altra.

Voglio dire che se è assolutamente corretto cercare di dissuadere la gente dal fumo di sigaretta, forse non è proprio necessario fare una spirometria a tutti i fumatori. Il sistema della Sanità di Iniziativa deve trovare un metodo giusto e sostenibile per andare fondamentalmente nella direzione finora illustrata

con differenti angolazioni dai colleghi, vale a dire verso il coinvolgimento attivo e partecipato della medicina generale, supportata quando sia necessario dalle competenze specialistiche, sia di natura clinica che diagnostico-strumentale. A livello regionale l'impegno organizzativo-gestionale richiesto da patologie come la BPCO si sta muovendo in questo senso, come dimostra ad esempio il lavoro fatto a Prato proprio in questo tipo di malattia.

**BERNI** – Anche secondo me gli screening non possono essere proposti "a pioggia" ma molto più utilmente indirizzati verso quelle classi di persone che presentano reali fenomeni di rischio verso una determinata condizione di patologia e che magari iniziano anche a presentarne la sintomatologia.

**GIUSTINI** – Sempre parlando di costi, credo sia importante sottolineare come in Toscana siamo tra i più parsimoniosi consumatori di farmaci per l'apparato respiratorio ed abbiamo anche uno dei più bassi tassi di ospedalizzazione italiani per quanto riguarda i ricoveri per BPCO.

**ANZALONE** – Bisogna però ricordare che in Toscana la diagnosi di BPCO sulle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) correttamente non risulta (perché in questo modo si codifica un ricovero inappropriato), essendo invece giusta la dicitura ICD 9 "insufficienza respiratoria". Per avere dati epidemiologici veramente accettabili sarebbe pertanto utile andare a verificare quante volte sulle SDO la BPCO compare in seconda o terza diagnosi. D'altra parte se le SDO non vengono criticamente valutate accade che la BPCO può venire da un lato sottostimata (in quanto "nascosta" dall'insufficienza respiratoria) e dall'altro magari usata impropriamente per aumentare il peso di alcuni DRG non propriamente remunerativi.

Dal punto di vista pratico potrebbe essere utile sfruttare ad esempio il tempo che i pazienti passano negli ambulatori della medicina generale in attesa di essere ricevuti dai medici per i motivi più disparati. Nell'attesa il personale infermieristico, dopo avere chiesto dell'eventuale abitudine al fumo, potrebbe somministrare degli appositi questionari di autovalutazione validati a livello internazionale e nello stesso tempo registrare tramite un pulsossimetro (strumento che non dovrebbe assolutamente mancare nell'armamentario dei medici) i livelli di saturazione arteriosa periferica di ossigeno, la frequenza ed il ritmo cardiaco del soggetto. La situazione potrebbe poi essere ulteriormente approfondita con l'esecuzione di una spirometria di primo livello, esame eseguibile da un infermiere opportunamente istruito, di basso costo e di breve durata. In poco tempo potrebbero così essere raccolte molte informazioni estremamente utili per valutare l'eventuale presenza di una insufficienza respiratoria ancora in fase iniziale.

**TOSCANA MEDICA** – *Affrontiamo adesso la questione della terapia della BPCO, soprattutto nell'ottica di prevenire per quanto possibile le sue temibili complicanze.*

**ANZALONE** – Le indicazioni alla terapia della BPCO vengono aggiornate secondo i risultati dei grandi trials della Letteratura internazionale. Classifi-

cando la malattia in 4 stadi progressivi di gravità, l'approccio terapeutico iniziale si basa nelle forme più lievi sull'impiego al bisogno dei broncodilatatori a breve durata di azione, successivamente entrano in gioco i broncodilatatori a lunga durata di azione attivi su tutte le classi di recettori bronchiali coinvolti nella malattia, al fine di ritardare l'esordio della dispnea causata dall'iperinsufflazione. Infine entrano in gioco gli steroidi inalatori con lo scopo precipuo di prevenire le riacutizzazioni della malattia. Nella BPCO è infatti necessario prevenire per quanto possibile le fasi di riacutizzazione, le quali rappresentano altrettanti scalini discendenti lungo un percorso purtroppo spesso non più percorribile in senso opposto.

Nelle fasi più avanzate è necessario mettere in campo le risorse di maggiore impegno, anche economico, quali l'ossigenoterapia domiciliare e l'approccio chirurgico alla malattia.

In tutto il percorso di cura di fondamentale importanza appare una adeguata riabilitazione respiratoria, attività purtroppo economicamente non vantaggiosa per il servizio sanitario pubblico. In Toscana si è cercato di affrontare il problema con l'accreditamento di strutture private di validissima efficacia che però al momento non riescono a soddisfare tutte le richieste ricevute.

Tutto il discorso fatto finora ovviamente non può assolutamente prescindere dall'abbandono dell'abitudine al fumo, da ottenere oltre che con appositi interventi farmacologici anche con azioni mirate di carattere psicologico e psicoterapico.

**BERNI** – Una breve annotazione: gli steroidi inalatori, indicati nelle fasi 3 e 4 della malattia, (vedi linee guida GOLD) in alcuni casi possono essere utili anche nella fase 2, secondo quando indicato, in determinati casi, dalle indicazioni fornite dall'AIFA.

**MARINAI** – Secondo me va aperto anche un discorso sulla somministrazione di antibiotici a pazienti con BPCO. In alcuni casi vediamo trattamenti molto prolungati che non sembrano riferirsi alle fasi di riacutizzazione della patologia. A mio parere indicazioni anche sui farmaci da utilizzare sarebbero utili vista la forte variabilità della prescrizione.

**TOSCANA MEDICA** – *In campo terapeutico esistono oggi delle novità di rilievo?*

**ANZALONE** – Ancora oggi non è completamente chiarito quale sia l'eziopatogenesi di situazioni che, seppure colpiscono il medesimo organo bersaglio, sono responsabili della comparsa di condizioni cliniche estremamente diverse quali la bronchite cronica, ostruttiva e no, l'enfisema e le bronchiectasie. La ricerca oggi cerca di chiarire se alla base di queste diverse espressioni cliniche ci siano predisposizioni genetiche differenti a fronte di una noxa patogena isolata: individuare i diversi fenotipi potrebbe avere infatti implicazioni importantissime anche in campo terapeutico.

Sul mercato dovrebbero presto arrivare dei nuovi farmaci basati su questa impostazione di fondo, destinati però soltanto ad una particolare classe di pazienti con BPCO, vale a dire quelli con una condizione clinica caratterizzata da una prevalente componente bronchitica infiammatoria ed ipersecretiva.

**BERNI** – I farmaci che si stanno affacciando oggi sul mercato, soprattutto i Beta-2 stimolanti ad azione prolungata e gli inibitori della fosfodiesterasi, necessitano a mio parere di ulteriori conferme essendo ad oggi stati testati senza alcuna selezione nei confronti delle sensibilità individuali legate al fenotipo delle singole classi di pazienti affetti da BPCO.

**RECCHIA** – L'OMS, oltre a sottolineare l'enorme impatto che avrà la BPCO negli anni a venire, recentemente ha condotto anche un'analisi sulle priorità complessive delle linee di ricerca in relazione alle opzioni terapeutiche al momento disponibili ed ha evidenziato che in questa classifica la terapia della BPCO occupava addirittura il terzo posto.

Come azienda siamo da anni impegnati nella ricerca sulle malattie respiratorie e le nostre direttrici strategiche si muovono oggi in due direzioni specifiche, il miglioramento complessivo dei farmaci già disponibili e l'innovazione terapeutica secondo linee di ricerca innovative.

Nel primo caso abbiamo da tempo collaborato in più di 50 ASL italiane (purtroppo però al momento non in Toscana) ad un progetto che ha coinvolto i medici specialisti e quelli di medicina generale che hanno fornito i propri database e le proprie esperienze riguardando i pazienti con BPCO, monitorizzati per periodi di tempo determinati al fine di valutare con appositi indicatori il loro miglioramento eventuale in termini di qualità globale della vita.

Dalle nostre valutazioni applicate alla medicina generale, abbiamo inoltre rilevato che solo il 25% dei pazienti con BPCO viene correttamente identificato e trattato e che l'adozione delle linee guida può portare ad un risparmio di circa 300 Euro annui per ogni singolo paziente.

Altri filoni di ricerca sono rappresentati dalla fenotipizzazione dei pazienti al fine di stabilire condotte terapeutiche sempre più personalizzate ed efficaci e dal miglioramento della compliance alle terapie proposte. Questo secondo aspetto appare particolarmente importante visto che i dati della Letteratura riportano percentuali di aderenza al trattamento farmacologico della BPCO dopo un anno oscillanti tra il 10 ed il 40%. La scelta di investire risorse nella ricerca sui fenotipi della BPCO è stata dettata soprattutto dall'osservazione degli "unmet medical needs" esplicitati dalla comunità scientifica che si occupa del trattamento della BPCO. Il dato spirometrico, infatti, se da una parte rappresenta il necessario requisito per la prima stadiazione del paziente con BPCO, dall'altra risulta, se considerato da solo, strumento non sufficiente a definire il quadro completo della gravità della malattia. Dovrebbe essere sempre accompagnato dalla conoscenza del fenotipo del paziente con BPCO ad esempio del fenotipo con comorbidità (come ricordato dal dott. Giustini) o del fenotipo frequente riacutizzatore come dimostrato recentissimamente per la prima volta dallo studio ECLIPSE (Hurst JR, et al. N Engl J Med. 2010;363:1128-38). L'edizione del 2011 delle linee guida GOLD, inoltre, conterrà un diagramma di definizione della gravità del paziente non più basata sul solo valore del FEV1 (valutazione monodimensionale del rischio), ma anche sull'impatto della malattia (valutazione bidimensionale della gravità). Strumenti per la definizione della Qualità della Vita, come il questionario CAT, hanno dimostrato di adiuvarne la comprensione dell'impatto e il

processo decisionale del medico in linea con la valutazione multidimensionale di cui la fenotipizzazione rappresenta la concretizzazione nella pratica clinica.

Continuando a ribadire la fondamentale importanza degli steroidi, vorrei sottolineare il grande interesse che oggi suscitano, e soprattutto nel prossimo futuro susciteranno, le associazioni tra antinfiammatori steroidei e broncodilatatori.

**ROTI** – A livello di Sanità di Iniziativa come amministrazione regionale siamo andati a verificare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per la BPCO elaborati dalle Aziende toscane e ci siamo accorti che praticamente nessuno di essi esplicitava in maniera significativa le linee guida di trattamento farmacologico per la malattia, essendo quindi stati creati dei modelli centrati verosimilmente più sul follow up infermieristico che sulla gestione medica complessiva della condizione morbosa.

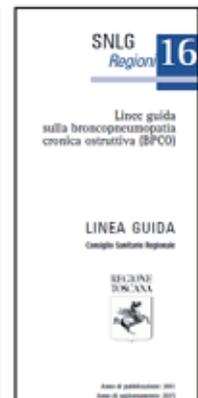
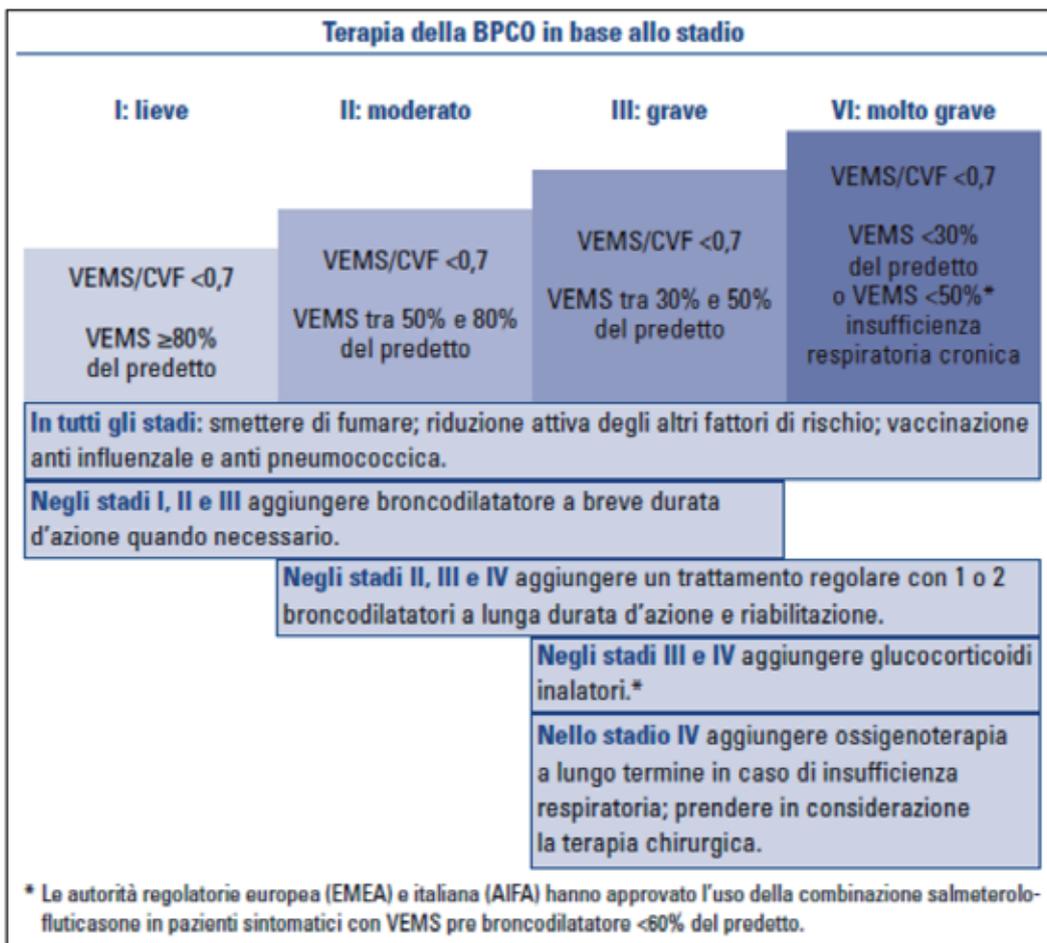
Molto importante appare anche la questione della compliance alla terapia, soprattutto per quanto riguarda gli steroidi inalatori che con il passare del tempo finiscono in percentuali significative per essere “dimenticati” dai pazienti, spesso soggetti anziani e con importanti polipatologie associate.

**ANZALONE** – Sempre per continuare a parlare di compliance alla terapia, ricordo che dati recenti provenienti dalla farmacie relativi al consumo di farmaci inalatori hanno dimostrato che in Italia i pazienti con BPCO in media non si curano per 10,4 mesi

all'anno. Per questo ben vengano gli sforzi dell'industria sia per produrre farmaci innovativi che per prolungare l'efficacia di quelli già disponibili al fine di ridurre il numero delle somministrazioni quotidiane.

Anche l'appropriatezza prescrittiva rappresenta oggi un problema di non trascurabile entità se è vero che un lavoro italiano presentato in sede internazionale l'anno scorso ha purtroppo dimostrato che nel nostro Paese specialisti e medici di base tengono in pochissima o nessuna considerazione le indicazioni delle linee-guida: non per niente nelle fasi 1 e 2 della malattia le associazioni broncodilatatori a lunga durata di azione/steroidi inalatorio rappresentano ben il 70% delle prescrizioni e lo steroide in monoterapia viene parimenti usato con enorme frequenza in tutte le fasi nonostante non esista alcuna evidenza che ne giustifichi un simile impiego. Sfortunatamente molti di questi assai discutibili comportamenti prescrittivi derivano dalla scarsa attitudine al dialogo tra i vari professionisti che si prendono cura di questi complessi pazienti, per cui magari il cardiologo elimina nel soggetto broncopatico ostruttivo con polipatologia associata il Beta-2 stimolante per paura dell'insorgenza di possibili crisi aritmiche, mantenendo tuttavia il solo steroide inalatorio che però, come già detto, non serve assolutamente a niente.

Tra l'altro non bisogna a questo ultimo proposito dimenticare che i pazienti devono anche essere opportunamente istruiti al corretto uso degli inalatori, cosa che a Prato stiamo sperimentando all'interno delle iniziative del CCM, sulla scorta di quanto già



da tempo avviene in ospedale dove personale infermieristico si accerta personalmente che i malati prima della dimissione abbiano davvero imparato ad usare nella maniera giusta i dispositivi per l'auto-somministrazione dei farmaci inalatori.

**MARINAI** – Il problema dell'uso dei farmaci inalatori è ovviamente comune con l'asma. La BPCO è comunque una patologia della senilità e spesso i pazienti hanno difficoltà oggettive nella corretta sommini-

strazione. A questo proposito il Magazzino farmaceutico di Area Vasta Centro ha stilato precise istruzioni sull'uso dei distanziatori e li ha messi a listino nell'intento di accompagnare con questi dispositivi le prescrizioni in dimissione per eventuali pazienti con difficoltà nella somministrazione di farmaci inalatori. Non dimentichiamo che recenti studi hanno dimostrato che nella pratica clinica la corretta somministrazione incrementa l'efficacia dei farmaci inalatori fino al 25%.

## Lo strano caso della BPCO

**ANTONIO PANTI**

**I**n Toscana si sperimenta già il Chronic Care Model, in una prima fase per identificare i pazienti affetti da una o più delle cinque patologie prese in considerazione e i soggetti a rischio; i primi risultati confermano la letteratura. La prevalenza della BPCO è del 2% della popolazione, dato assai inferiore alle attese e basti pensare che i fumatori sono circa il 23% della popolazione; di questi quasi il 40% avrà una BPCO. Una patologia decisamente sottostimata. Inoltre molti pazienti diagnosticati come affetti da BPCO soffrono di altre patologie, spesso asmatiche. Ci sono quindi evidenti errori nella diagnosi e, di conseguenza, nel trattamento. Da cui stime imprecise dei costi che, comunque, sono alti, circa 2000 dollari all'anno per paziente.

La diagnosi di BPCO avviene su base clinica e spirometrica ed è competenza del medico di famiglia il quale, utilizzando la Sanità di Iniziativa, può individuare precocemente i casi, impostare il *counselling* per la cessazione del fumo, stadiare il paziente, avviare una corretta terapia e monitorare il follow up. La collaborazione con lo specialista è di fondamentale importanza: la diagnosi richiede spesso l'utilizzo di accertamenti di competenza specialistica e i sintomi esordiscono quando il danno anatomico è già avanzato.

Tuttavia, ad esempio, la somministrazione del questionario CAT da parte di un infermiere ai fumatori nella sala di aspetto del medico generale, consente di identificare subito un rischio reale. Comunque la diagnosi è strumentale una volta confermati i dati clinici inerenti il respiro, la dispnea, la resistenza alla fatica e l'indice di massa corporea.

La BPCO è oggi la terza causa di morte e si avvia a diventare un problema sociale enorme, secondo i dati dell'OMS, per cui queste carenze peseranno sempre di più se non saranno corrette. Diventa fondamentale un corretto percorso assistenziale e, in tal senso, la Toscana si muove bene nell'indivi-

duazione dei soggetti a rischio e nell'identificazione precoce dei casi; tanto più che i pazienti trattati precocemente risentono assai meglio della terapia.

Ma, notano i nostri esperti, i medici fanno abbastanza nella lotta al tabagismo a cominciare da cessare essi stessi di fumare? La risposta ad oggi non è consolante. In questa complessa questione si intrecciano problemi di educazione alla salute dei cittadini, di coinvolgimento e di formazione dei medici. Il fatto che dopo la promulgazione della legge Sirchia il fumo sia diminuito e ora torni a aumentare dimostra che non possiamo abbassare la guardia. Il vero problema non è tanto rappresentato dai casi noti quanto da quelli ignorati, quindi la lotta al tabagismo è la vera arma vincente. La Sanità di Iniziativa serve a implementare la lotta ai rischi primari, a identificare precocemente i casi di malattia, a prevenire le complicanze.

Se non vi sono ulteriori parole da spendere sulla terapia classica se non che occorre perseguire la compliance dei pazienti, spesso assai carente, e insegnare loro l'uso corretto degli inalatori, tuttavia la farmacologia si orienta ormai verso la terapia personalizzata. La vera novità sarà l'introduzione di terapie fenotipiche, rivolte ai diversi target di pazienti.

La BPCO è una patologia in aumento che dobbiamo conoscere meglio. Forme di audit clinico coordinate con iniziative formative, tipo il progetto Quadro, sono senz'altro utili. Si calcola che l'applicazione di una corretta linea guida diminuisca la spesa di oltre 300 € all'anno attraverso una migliore compliance del paziente, gli interventi in fase iniziale della malattia e la cessazione del fumo. Purtroppo i dati sul consumo dei farmaci ci informano che la media regionale è di 2 confezioni di inalatori all'anno per paziente. Dovrebbero essere almeno 12. Ciò dà la misura del cammino da compiere.

**TM**

*Si ringrazia **GlaxoSmithKline**  
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*



Alessandro Rosselli è direttore del dipartimento di Emergenza-Urgenza dell'Azienda Sanitaria di Firenze. Specialista in Medicina interna, da molti anni si occupa della creazione e dello sviluppo della Medicina di emergenza. È responsabile del gruppo per il miglioramento del Pronto Soccorso della Regione Toscana.

## Risultati della sperimentazione del See and Treat

### Analisi dei dati e sviluppi futuri

Finalmente appaiono i primi dati della sperimentazione sul celebre See and Treat, che tanto ha fatto discutere alcuni medici preoccupati del ruolo eccessivo degli infermieri. Mentre constatiamo i lusinghieri risultati dell'esperimento non possiamo che riaffermare la bontà della strada imboccata dalla Toscana e che riceve sempre maggiori convalide.

Antonio Panti, Giancarlo Berni

#### Analisi del contesto

L'aumento delle presentazioni in Pronto Soccorso (PS) è costante in tutto il mondo occidentale e la funzione di *triage* infermieristico ha segnato lo sviluppo dei Dipartimenti di Emergenza-Accettazione (DEA). La quota di problemi clinici minori nelle presentazioni al DEA è quella che cresce maggiormente e i tempi di attesa sono l'elemento chiave nella percezione della qualità dei servizi da parte della cittadinanza. Sperimentare il *See and Treat* in Regione Toscana ha dato l'opportunità di ripensare ad un nuovo sistema di risposta ai problemi clinici minori attraverso la valorizzazione della professionalità infermieristica.

Nello specifico il modello *See and Treat* affida, ad un infermiere opportunamente formato e certificato, la possibilità di valutare, trattare e dimettere una parte ben definita di problematiche minori.

Il progetto di sperimentazione è iniziato il 10 Novembre 2010 e terminato nel mese di Maggio u.s., per un totale di 6 mesi in 6 Pronto Soccorso, selezionati in base al numero accessi (> 25.000), alla posizione territoriale (2 per ogni Area Vasta), alla mancanza di Pronto Soccorso specialistici nella struttura.

I Pronto Soccorso, sedi di sperimentazione, sono stati:

- AREA VASTA NORD-OVEST: Livorno e Pontedera.
- AREA VASTA CENTRO: Firenze S.Maria Annunziata e Prato.
- AREA VASTA SUD-EST: Grosseto e Poggibonsi.

#### Il Progetto

La Regione Toscana ha affidato al Gruppo di Lavoro per il Progetto di miglioramento del Pronto Soccorso nell'ambito dell'Osservatorio Regionale sull'Emergenza Urgenza, l'attività di attuare e valutare la sperimentazione del *See and Treat* in PS.

Il progetto di sperimentazione è consistito nell'affidare a infermieri appositamente formati la gestione diretta dei pazienti con l'affiancamento di un medico tutor che ne convalida l'operato, nella fascia oraria 8:00-20:00 dei giorni feriali. Per la messa in atto di tale progetto, nel mese di Aprile 2010, è iniziato il percorso di formazione di 42 ore per i 24 Medici Tutor e successivamente si è proceduto alla formazione di 180 ore per i 36 infermieri appartenenti alle sedi di sperimentazione identificate.

La formazione infermieristica regionale è stata progettata e realizzata in quattro *steps*, nei quali sono state certificate in *itinere* le competenze esperite apprese e validate da un esame finale, da tutti superato brillantemente. La scelta di questa metodologia è stata dettata dall'esigenza che all'infermiere venisse riconosciuta, durante tutto il percorso formativo, un'abilitazione "continua" allo svolgimento di buone pratiche legate ai 49 protocolli clinici d'intervento.

In questo contesto formativo sono state utilizzate metodologie innovative quali simulazioni di scenari e casistiche reali, migliorando le abilità dei professionisti per aumentare la qualità e la sicurezza del loro intervento. La formazione attraverso la simula-

ALESSANDRO ROSSELLI<sup>1</sup>, CESARE FRANCOIS<sup>2</sup>,  
DANILO MASSAI<sup>3</sup>, GIOVANNI BECATTINI<sup>4</sup>,  
MARZIA PAFFETTI<sup>5</sup>, MARCO RUGGERI<sup>6</sup>,  
SONIA GASPERINI<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Direttore Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Asl 10, Firenze

<sup>2</sup> Ex direttore PS, Asl 7, Siena

<sup>3</sup> Direttore Agenzia per la Formazione, Asl 11, Empoli

<sup>4</sup> Direttore Dipartimento Infermieristico Ostetrico, Asl 7, Siena

<sup>5</sup> Infermiere Formatore Dipartimento Agenzia per la Formazione, Asl 11, Empoli

<sup>6</sup> Infermiere PS-DEA AOU Careggi, Firenze

<sup>7</sup> Infermiere Coordinatore Dipartimento Agenzia per la Formazione, Asl 11, Empoli

zione è stato il nostro strumento guida per acquisire le nuove competenze, aggiornare quelle esistenti ed allinearsi ai continui cambiamenti del settore dell'emergenza.

Nel mese di Ottobre 2010, al fine di consentire un'adeguata ed attendibile rilevazione dei dati inerenti la sperimentazione, si sono resi necessari incontri formativi all'interno del Pronto Soccorso sulla modifica ed estensione della scheda di Triage e l'introduzione di un'apposita scheda per la gestione dei casi nell'ambulatorio di *See and Treat*.

Sono stati effettuati inoltre quattro incontri di monitoraggio con il personale infermieristico e medico coinvolto nella sperimentazione, allo scopo di valutare le attività lavorative poste in essere durante la sperimentazione rispetto agli indicatori di processo e di esito e di riflettere collettivamente sull'apprendimento esperienziale degli infermieri.

### Dati della sperimentazione

L'analisi e la valutazione della sperimentazione è basata sugli indicatori previsti dalla D.G.R.T n. 449/10.

#### 1. Numero degli accessi

Nel periodo di sperimentazione i sei Pronto Soccorso hanno visto oltre 156.958 utenti. Di questi, 116.035 sono arrivati in Pronto Soccorso in orario diurno, all'interno della fascia di apertura del *See and Treat*.

I casi trattati nel percorso *See and Treat* rappresentano il 6,37% di tutti i pazienti (tutti i codici) che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso nella fascia 8-20.

#### 2. Percentuale degli accessi per codice

Dei 66.752 pazienti valutati al Triage con codice Verde-Azzurro-Bianco, 7387, pari all'11%, è stato as-

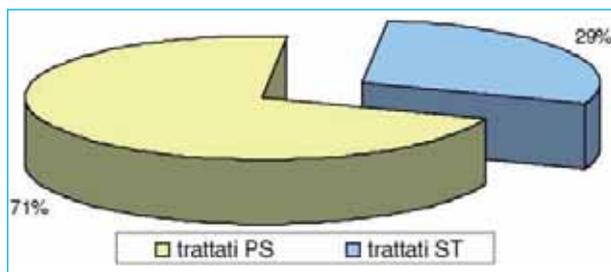


Figura 1

segnato al percorso *See and Treat*.

Di questo 11%, il 15% è rappresentato da codici bianchi, il 57% da codici azzurri e il 28% dai codici verdi.

Se si considerano solo i codici minori (bianchi/azzurri) si rileva che questi hanno rappresentato il 29% di tutti gli accessi bianchi/azzurri, nella fascia oraria di attività del *See and Treat* (vedi Figura 1).

#### 3. Patologie trattate

Dei 7.387 casi, la patologia traumatologica ha rappresentato di gran lunga la percentuale maggiore (vedi Figura 2).

#### 4. Tempi di attesa all'ingresso

L'analisi dei tempi di attesa della metodica *See and Treat* rispetto al percorso tradizionale evidenzia una netta e significativa riduzione delle attese per tutti i casi trattati nell'ambulatorio S&T (vedi Figura 3).

#### 5. Tempi di permanenza in Pronto Soccorso

Anche per i tempi di permanenza i dati rilevati sono altrettanto significativi per una riduzione netta nei confronti del tradizionale percorso di Pronto soccorso (vedi Figura 4).

#### 6. Qualità e sicurezza

Nella fase di sperimentazione non sono stati documentati reingressi spontanei per persistenza o complicanza del motivo di accesso, non si sono verificati eventi avversi, non si sono ricevuti reclami formali.

Sono state frequenti le testimonianze esplicite di gratitudine per le prestazioni avute.

### Riflessioni e commenti sull'impatto del nuovo modello sulla realtà del Pronto Soccorso

#### Punti di forza

- Miglioramento dell'efficienza: netta riduzione dei tempi di attesa/permanenza per la gestione e trattamento dei problemi clinici minori con diminuzione delle code su un numero di pazienti pari al 30% dei codici minori nella fascia oraria di attività.
- Mantenimento della qualità assistenziale con un miglioramento degli aspetti legati alla presa in carico.
- Raggiunta sicurezza degli interventi testimo-

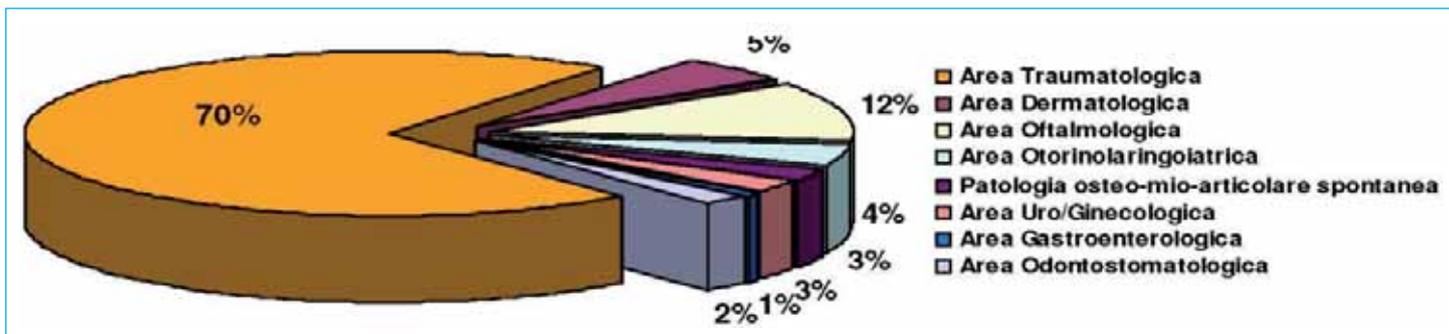


Figura 2

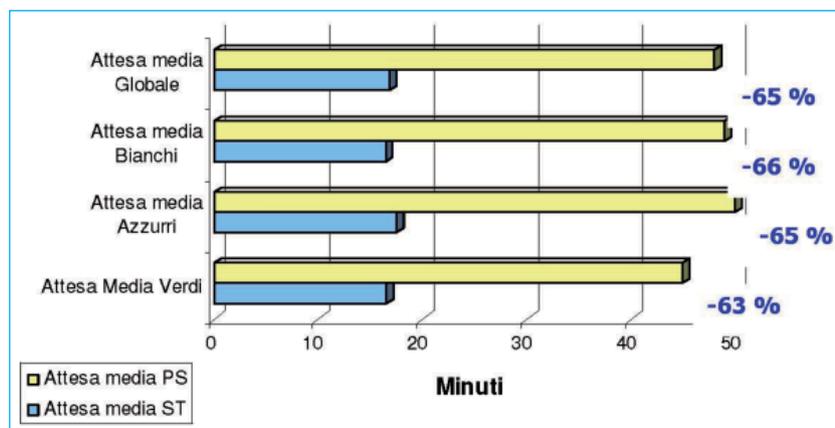


Figura 3

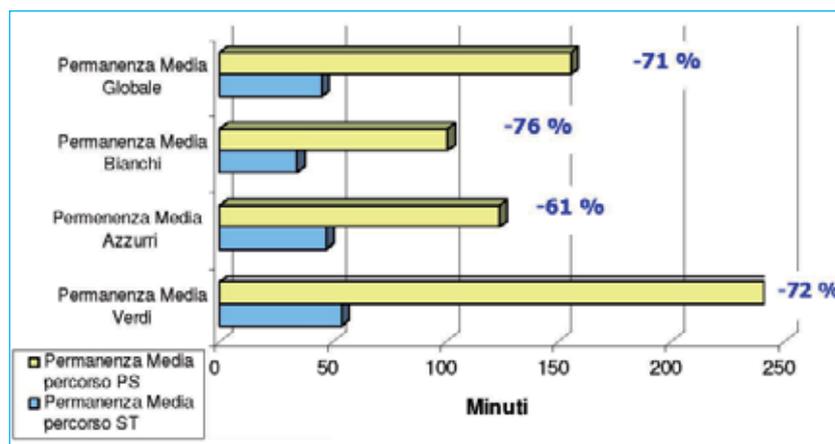


Figura 4

niata dall'assenza di complicanze e reingressi attribuibili all'adesione ai protocolli.

- Miglioramento del clima interno dovuto ad una maggiore soddisfazione professionale degli infermieri e dei medici: per i primi legata ad una maggiore autonomia decisionale e alle gratificazioni ricevute direttamente, per i secondi alla maggiore disponibilità a dedicarsi a casi di peso clinico più complesso.

- Soddisfazione dei pazienti: in attesa dell'indagine ad hoc del MeS si registrano le numerose testimonianze di riconoscenza per le prestazioni ricevute in tutti i PS sedi di sperimentazione.

### Punti di criticità

- Difficoltà nel coinvolgimento dei servizi diagnostici radiologici nel percorso: il medico radiologo ha difficoltà ad accettare la richiesta firmata dal solo infermiere per motivi normativi.

- Non omogeneità nell'assegnazione del personale aggiuntivo dedicato, come previsto dal progetto.

- Non adeguata informatizzazione *ad hoc* per la sperimentazione in alcuni PS.

- Presenza di percorsi *fast-track* specialistici in alcuni PS che sottraggono potenziale casistica al percorso *See and Treat*, mantenendo così, nella maggior parte dei casi, lunghi tempi di attesa e permanenza.

### Spunti di miglioramento

Sulla base della verifica dell'esperienza seme-

strale sono emersi degli spunti di miglioramento:

A) Aumentare il numero dei protocolli clinici di trattamento in particolare quelli riferiti alla patologia traumatologica;

B) Estendere la praticabilità dei protocolli eliminando alcune limitazioni di intervento;

C) Estendere la funzione di tutoraggio a tutti i medici del PS;

D) Creare una procedura aziendale per il collegamento con i servizi di diagnostica per immagine in modo da facilitare i percorsi in *See and Treat*;

E) Formazione continua agli infermieri per rinnovare e riallineare le competenze tecnico-professionali.

### Quale evoluzione futura?

*L'auspicabile estensione e il potenziamento dei percorsi See and Treat nei PS dovrà condurre ad un generale miglioramento dell'efficienza di tutto il sistema emergenza-urgenza, con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa dei pazienti affetti dalle patologie più gravi.*

*Il percorso See and Treat può essere previsto anche nelle strutture territoriali in modo da intercettare una consistente quantità di casi clinici minori che altrimenti giungerebbero in Pronto Soccorso.*

*Tali cambiamenti richiedono un'ulteriore evoluzione nel tempo; quello che importa nell'immediato è mantenere la praticabilità del nuovo modello organizzativo, valorizzando il suo significato innovativo sul piano dell'autonomia infermieristica e della integrazione multiprofessionale.*

**TM**



*Pietro Tonelli, Coord. Clinico Gestionale dell'Open Space di Chirurgia d'Urgenza e dirigente medico nella SOD Chirurgia Generale e d'Urgenza 1 e Miniinvasiva dell'AOU Careggi. Interessi: chirurgia oncologica, trauma, m. di Crohn. Tutoring per gli specializzandi in Chirurgia Generale e insegnamento di Semeiotica Chirurgica nel Corso di laurea. Autore di una monografia e di oltre 150 pubblicazioni scientifiche.*

# Il ruolo dell'Open Space di Chirurgia d'Urgenza nella gestione dell'Emergenza-Urgenza Chirurgica

**I**l 23 maggio 2011, presso l'Aula Magna della Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (AOUC), si è

Nell'introduzione, il Dr. Edoardo Majno, Direttore Generale dell'AOUC, il Prof. Gian Franco Gensini, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, e il Dr. Antonio Panti, Presidente dell'Ordine dei Medici hanno sottolineato l'importanza del tema trattato. Il

tenuto un congresso intitolato "Il ruolo dell'Open Space di Chirurgia d'Urgenza nella gestione dell'emergenza-urgenza chirurgica", organizzato dal Dr. Pietro Tonelli, in qualità di Coordinatore Clinico Gestionale

dell'Open Space di Chirurgia d'Urgenza (OS), per discutere delle problematiche mediche ed organizzative dell'emergenza-urgenza chirurgica. L'OS, istituito nel giugno 2008 con la cessione di una parte dei posti letto della SOD Chirurgia Generale e d'Urgenza 1 e Miniinvasiva e della SOD Chirurgia Oncologica, ha la funzione di accogliere i pazienti che necessitano di un potenziale intervento di chirurgia generale in condizioni di emergenza-urgenza. Dispone di 21 letti di degenza e di una sala operatoria H24 con personale anestesiológico (SOD Anestesia e Rianimazione diretta dal Dr. Adriano Peris) ed infermieristico dedicato. All'OS afferiscono tre gruppi chirurgici: Chirurgia Generale 1, Chirurgia Oncologica e Cliniche Chirurgiche, che a sua volta comprende la Chirurgia Generale 2, la Chirurgia Generale 3, la Chirurgia Generale 4 e l'Endocrinocirurgia. La Tabella 1 riassume i dati dell'attività dell'OS del 2010.

PIETRO TONELLI\*, ANDREA VALERI\*\*

\* *Coordinatore Clinico Gestionale dell'Open Space di Chirurgia d'Urgenza*

\*\* *Direttore SOD Chirurgia Generale e d'Urgenza 1 e Miniinvasiva*  
*Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi*

Dr. Valtere Giovannini, Direttore Sanitario dell'AOUC, ha riportato i dati delle prestazioni specialistiche erogate per sesso ed età presso il Pronto Soccorso (PS) della Toscana e analizzato i motivi che spingono il

cittadino a rivolgersi al PS, che sono la fiducia per la struttura, la sensazione di avere un problema medico urgente e la paura che questo possa aggravarsi. Il Dr. Stefano Grifoni ha illustrato l'attuale funzione del PS (non più semplice accettazione, ma azione di filtro per il ricovero) e la figura del Medico dell'Emergenza. Ha parlato dell'Osservazione Breve presso la quale una vera osservazione avviene solo per un 1/3 dei pazienti, mentre il resto riguarda pazienti qui inviati per la mancanza di posti letto nelle degenze ordinarie; della riorganizzazione degli Ospedali della Toscana alla luce della riduzione del numero di posti letto; della necessità di creare una rete ospedaliera metropolitana nella quale, come già ricordato dal Dr. Andrea Valeri, l'Ospedale per intensità di cure sia in grado di provvedere alle necessità di una popolazione sempre più anziana, malata e bisognosa di assistenza. Il Dr. Tonelli ha enunciato

**Tabella 1** - Attività dell'OS nel 2010.

Numero di ricoveri	1433
Numero di interventi chirurgici	751 provenienti dal PS 275 urgenze di reparto 38 prelievi d'organo 174 inserimenti CVC e altre procedure
Rapporto pazienti operati e non operati	2:1
Degenza (giorni)	3.8 (range 0-21) pazienti operati 3.1 (range 0-20) pazienti non operati

i miglioramenti ottenuti nell'attività dell'OS (Tabella 2) e ribadito la necessità di disporre della cartella informatizzata (per uniformare i comportamenti dei chirurghi, ridurre le questioni medico-legali e snellire le pratiche burocratiche) e di letti di terapia subintensiva per le caratteristiche dei pazienti anziani e con più comorbidità qui ricoverati. La Dr.ssa Luisa Siliani ha proposto la creazione di un *team* per l'urgenza composto da chirurghi provenienti dai tre gruppi che assicurano il servizio, appositamente formati e in grado di fornire prestazioni uniformi. In un'organizzazione di questo genere, le difficoltà maggiori riguardano la formazione e la *learning curve* dei singoli componenti del *team*, che si realizza solo attraverso un percorso di chirurgia elettiva che prepari il chirurgo ad affrontare problemi tecnici maggiori quali quelli che spesso si verificano nella chirurgia del trauma. Il Dr. Alessandro Bussotti ha parlato della continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio che, partendo dai bisogni sanitari, assistenziali e sociali del paziente, sceglie per lui la destinazione più appropriata (domicilio, istituti di cure intermedie, lungodegenze) insieme ai medici di medicina generale e ai servizi territoriali.

Nel simposio sulla gestione dell'emergenza-urgenza chirurgica, la Dr.ssa Francesca Innocenti ha parlato dell'Osservazione Breve Intensiva, il cui lavoro ha ridotto tempi di degenza, riammissioni ospedaliere e costi, mentre il Dr. Simone Galli della Medicina Interna Perioperatoria, diventata un punto di riferimento per i chirurghi dell'OS per il *work-up* preoperatorio e per il postoperatorio di pazienti an-

ziani complicati da problematiche mediche, infettive e di malnutrizione. Il Dr. Marco Bartolini ha ribadito l'importanza della diagnostica per immagini all'interno dei PS, la cui correttezza è determinante nel percorso decisionale, e la necessità di disporre di spazi, attrezzature e personale dedicato. Il Dr. Stefano Batacchi ha analizzato il management anestesiológico dello shock settico e del trauma maggiore, che deve prevedere un trattamento intensivologico precoce e un percorso di cura condiviso con le altre figure professionali. Il Dr. Riccardo Naspetti ha illustrato i risultati del trattamento endoscopico delle emorragie digestive. Per il Prof. Francesco Di Costanzo, un team multidisciplinare deve gestire le urgenze oncologiche in base alla storia naturale della malattia, al performance status, alle aspettative di vita, allo scopo del trattamento (palliativo o curativo) e al rapporto costi-benefici. Il Dr. Alessandro Galli ha presentato il POSSUM "caregino" (Tabella 3). Due temi di attualità sono stati affrontati dal Dr. Cosimo Chelazzi (pancreatite acuta grave) e dal Dr. Paolo Prosperi (trattamento chirurgico dell'addome acuto).

La tavola rotonda sulla gestione del politrauma è iniziata con la relazione della Dr.ssa Lucia De Vito trattando "catena della sopravvivenza", triage, primo trattamento e scelta dell'ospedale più idoneo. Il Dr. Giuseppe Giannazzo ha illustrato il ruolo del Medico dell'Emergenza, cui spetta il coordinamento del trauma team e il compito della valutazione primaria e secondaria. Il percorso intensivo del paziente con trauma maggiore in un centro HUB, basato sul rispetto dei tempi per la diagnostica e il

**Tabella 2** - Miglioramenti ottenuti nella gestione dell'OS nei tre anni di attività (2008-2010).

MIGLIORAMENTI	IN VIRTU' DI
Riduzione del numero complessivo di ricoveri	Più accurata selezione dei pazienti dal PS
Riduzione dei tempi di attesa per la sala operatoria	Doppio turno di anestesisti (uno per la sala operatoria e uno per l'emergenza)
Assistenza postoperatoria	Lavoro in team con gli anestesisti della SOD Anestesia e Rianimazione (Dr. Adriano Peris)
Infermiere di riferimento	Uno per ciascun gruppo chirurgico dell'OS
Assistenza al paziente ricoverato	Sistema MEWS (Modified Early Warning Score)
Dolore postoperatorio	Scala VAS (Scala Analogica Visiva)

**Tabella 3** - Il POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality and Morbidity) "caregino" per la valutazione della priorità nelle urgenze contemporanee.

	0	1	2	4
Patologia associata (dettagliare)	NO	LIEVE	GRAVE	SEVERA
MEWS	0-1	2-3	4-5	>5
Pregressa chirurgia	0	1	2	>2
Tipo di chirurgia	Minore	Media	Maggiore	Maggiore +
Perdite di sangue (cc)	<100	<500	<1000	>1000
Durata procedura standard (H)	<1	21-2	2-3	>3
Aggravamento previsto per l'attesa (<6 H)	No	Modico	Grave	Severo
Aggravamento previsto per l'attesa (<12 H)	No	Modico	Grave	Severo
Totale.....		Data.....	Ora.....	

trattamento, e le strategie dell'ICU sono stati oggetto della relazione del Dr. Rosario Spina. Il Dr. Lapo Bencini ha parlato del ruolo del chirurgo nel politrauma sulla base dei cambiamenti degli ultimi 20 anni (riduzione del numero dei traumi maggiori in Europa, Medico dell'Emergenza, trattamenti non operativi delle lesioni addominali). Il Dr. Manlio Acquafresca ha trattato il ruolo del radiologo interventista, illustrando le metodiche dell'embolizzazione e dello stenting nel controllo delle emorragie e del posizionamento di drenaggi per la risoluzione delle complicazioni del trauma. Tre relazioni dedicate alle problematiche ortopediche (Prof. Roberto Buzzi), alla filosofia della Damage Control Surgery (Dr. Carlo Bergamini) e all'emostasi nella chirurgia

del trauma epatico (Dr. Alessandro Bruscano) hanno concluso il congresso.

Tre osservazioni emergono da questa giornata: 1. l'impegno che medici e infermieri approfondono nell'affrontare questo settore della Salute pubblica per dare risposte qualitativamente elevate alle richieste del cittadino nel rispetto delle risorse disponibili; 2. la necessità di lavorare in un *team* multidisciplinare attraverso percorsi condivisi che offrano la soluzione migliore per il problema del singolo paziente; 3. la necessità di riorganizzare la rete ospedaliera metropolitana, tenendo conto della centralizzazione delle urgenze più complesse e della gran parte dei traumi nella AOUC, in rapporto alla mission dei vari presidi ospedalieri. **TM**



Giampaolo Collecchia, medico di medicina generale, Asl 1 Massa e Carrara, spec. in Med. Interna, dirigente CSerMEG, coordinatore delle attività teorico-pratiche per il Corso di Formazione Specifica in Med. Gen. della Regione Toscana, Membro del Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica dei Medicinali dell'Azienda USL 1 di Massa e Carrara, Editorial Reviewer per il British Medical Journal.

## Dall'anamnesi alla narrazione di storie

*Anche il medico entra a far parte della storia del paziente che continuerà il suo racconto a casa e magari rivolgendolo ad altri medici, e poi in futuro ad altre persone. In questa storia futura anche noi, che oggi ascoltiamo questa persona, saremo personaggi e avremo una voce.*

Come affermato nel titolo del bellissimo editoriale del numero 4/11 di Toscana Medica, l'anamnesi "non sta affatto bene". Diciamo che pure che è morta. Dalle sue ceneri è però emersa (o dovrebbe emergere) una diversa forma di comunicazione, naturale e universale: la narrazione.

Secondo Rita Charon "la pratica della medicina richiede una competenza narrativa", cioè l'abilità a

conoscere, interpretare e trattare le storie e le situazioni delle altre persone.

Nell'ambito medico il primo contatto con il mondo della narrazione avviene proprio nel momento in cui lo studente inizia a raccogliere l'anamnesi. Questa, orientata alla malattia-disease, considera il paziente oggetto della privilegiata attenzione della scienza medica. Lo studente si accorge presto che il paziente racconta la propria malattia in modo molto diverso dalla descrizione dei testi. Abbonda in particolari, apparentemente inutili sul piano scientifico, esprime fantasiose descrizioni di contorno, non segue un ordine causale-temporale, recrimina su istituzioni e singoli sani-

tari. Lo studente sa invece che gli viene richiesto di distinguere i "veri" sintomi e segni di malattia da quella sorta di rumore di fondo rappresentato dal paziente come persona. In particolare, deve individuare i "fattori di disturbo" (vedi box) per costruire, dal racconto disordinato offerto dal paziente, insieme delle unità narrative più semplici, una storia, ordinata e quindi spesso artificiale, insieme dei motivi presentati e raccolti in ordine causale-temporale per ottenere un senso nel linguaggio della nosografia ufficiale.

Lo studente impara allora a porre domande standardizzate e ad ascoltare poco, anticipando l'atteggiamento che molto probabilmente manterrà quando, ormai laureato, sarà inserito nella

realtà professionale. Si prepara alla cosiddetta *medicina del silenzio*, quella che è quasi muta col paziente, al quale parla un esperanto che

il malato e i familiari interpretano in difformità dei significati, qualche volta in assenza di significati. La "voce" attuale della medicina è infatti quella della Evidence-based medicine (EBM), costruito diverso e spesso considerato conflittuale con quello della narrative-based medicine, "voce della vita reale".

Negli ultimi anni, il valore delle storie cliniche è stato peraltro ampiamente rivalutato, in funzione

GIAMPAOLO COLLECCHIA

Medico di medicina generale, Asl 1 Massa e Carrara, specialista in Medicina Interna

**Fattori in grado di alterare l'ordine nel racconto di un paziente (da V. Cagli, 2004)**

- il paziente inizia la narrazione da ciò che ritiene più importante
- il paziente tende a dire per prima cosa ciò che teme di dimenticare
- il paziente è confuso, disorientato nelle sue coordinate temporali
- il paziente rinvia la menzione di contenuti a lui penosi

complementare all'approccio metodologico della medicina basata sulle prove. Gli aspetti tecnici, statistici, relativi ai dati di letteratura possono infatti essere più facilmente compresi dal paziente e condivisi conoscendone pensieri, valori, preferenze, prerequisite indispensabile per la riuscita degli interventi assistenziali. *Le storie sono componenti qualitative e personalizzanti delle epidemiologie, in grado di rendere abituate le tabelle, di invitare a guardare al di là dei numeri, ri-stabilire un rapporto personale e responsabile tra le conoscenze basate sulla EBM/EBN (Evidence Based Nursing) e le persone che [non] ne possono essere destinatarie, per fare degli operatori non più solo degli spettatori-esecutori, ma coloro che si prendono cura. Raccontare significa infatti non accontentarsi di descrivere una realtà, ma farla propria, e comunicabile, scambiabile al di là delle cerchie professionali, capace di divenire parte di un linguaggio comune, che può appartenere a tutti.*

In medicina generale il valore della narrazione

è noto da sempre. Il curante impara presto a utilizzare non la classica anamnesi ma le storie, più pertinenti ad un contesto popolato di attori e di eventi in stretta interazione, di soggettività ed oggettività, emozioni e percezioni, memorie di percorsi insieme biologici e biografici.

Raccontare storie è anche il modo con cui i medici di medicina generale si confrontano, si sostengono, si difendono, valorizzano indizi utili per il loro lavoro: in questo senso le storie sono uno dei sistemi per apprendere dall'esperienza, accumulare conoscenza "tacita", da spendere nella gestione della variabilità e dell'incertezza tipica di questo lavoro, attraverso l'utilizzo di metafore e complessi processi cognitivi. L'approccio narrativo, usato anche come strumento di formazione e ricerca, fa parte del corpus culturale della medicina generale, è un suo valore aggiunto, da custodire e utilizzare per ridefinire le priorità di valutazione della appropriatezza e della qualità delle cure. **TM**

## Le diseguaglianze nella salute in Toscana

**L**e società più sviluppate, e la nostra Regione è tra queste, hanno realizzato un aumento spettacolare della condizioni socio-economiche e della speranza di vita. Questo si è accompagnato ad un invecchiamento della popolazione e ulteriori miglioramenti sono ottenuti a un costo sempre maggiore. Qualche analisi comincia e mettere in dubbio che nel nostro Paese ci siano stati dei miglioramenti dopo il 2003 se consideriamo la speranza di vita in buona salute.

Può sembrare paradossale ma questo scenario di un benessere che comincia ad essere poco sostenibile economicamente nasconde un peso crescente delle diseguaglianze socio-economiche.

Queste sono fortemente cresciute negli ultimi due decenni e si sono accompagnate anche in Italia (e in Toscana) a diseguaglianze nella salute

eticamente e socialmente poco accettabili. L'Italia occupa i posti di coda nelle classifiche internazionali dell'equità. Nell'Europa a 27 l'Italia è relegata al quint'ultimo posto quanto a percentuale di popolazione esposta a rischio di povertà (19,6%). Un recente studio dell'Unicef sulle

le diseguaglianze nel benessere materiale,

nell'istruzione e nella salute dei bambini e adolescenti pone l'Italia al 23° posto (su 24 paesi industrializzati - il 24° posto è occupato dagli USA).

C'è uno stretto collegamento tra malattie croniche e diseguaglianze nella salute: di malattie croniche

ANNIBALE BIGGERI\* E GAVINO MACIOCCO\*\*

\* Dipartimento di Statistica, Università di Firenze

\*\* Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze



*Annibale Biggeri, Professore ordinario di Statistica medica, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze; Direttore UO Biostatistica, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica; Presidente del Comitato d'indirizzo dell'Agenzia Regionale di Sanità Toscana. Si occupa di metodi statistici per gli studi epidemiologici. I principali temi di ricerca sono l'Epidemiologia ambientale e descrittiva, le Disuguaglianze sociali nella salute, l'Epidemiologia dei Tumori. Ha vinto il Best Environmental Epidemiology Paper Award 2009.*

(malattie cardiovascolari, diabete, cancro) si ammalano e muoiono molto di più i poveri rispetto ai ricchi. Poco è stato fatto per contrastare tali diseguaglianze, se si eccettuano gli investimenti dedicati all'uguaglianza di accesso nell'ambito dei sistemi sanitari.<sup>1</sup>

### Alcune cifre

In Toscana l'impatto delle diseguaglianze è stato stimato in circa 70-110 decessi per centomila persone per anno attribuibili al differenziale di livello di istruzione.

Questa valutazione è stata realizzata dallo Studio Longitudinale Toscano (SLTo) che ha seguito negli anni 1981-2005 i residenti dei Comuni di Firenze, Livorno e Prato. È stato promosso nel 1998 dalla Regione Toscana e realizzato dal Dipartimento di Statistica dell'Università di Firenze e dall'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO).

Lo studio copre il 17% della popolazione toscana pari a circa seicentomila persone. È uno studio di coorte assemblato tramite *record-linkage* degli archivi censuari e degli archivi del registro regionale di mortalità. I residenti censiti del comune di Livorno sono arruolati dal 1981, di Firenze dal 1991 e di Prato dal 2001. Tutti i soggetti arruolati sono stati seguiti nel tempo, è stato registrato il momento del decesso, ove avvenuto, e la causa di morte. Per i ricoveri il follow-up ha

riguardato la coorte Firenze 1991 nel periodo 1997-2000 e la coorte Firenze 2001 per il periodo 2001-2005. Tutti gli indicatori sono stati standardizzati per età.

Riportiamo alcuni di questi relativi al periodo più recente disponibile, il 2001-2005.

Se consideriamo sinteticamente l'indice di deprivazione materiale, che è la somma di più condizioni di svantaggio (bassa istruzione, disoccupazione, indice di affollamento e abitazione in affitto) si osservano eccessi nella mortalità per tutte le cause del 70% a Firenze, 50% a Prato e 13% a Livorno negli uomini; del 55%, 18% e 58% rispettivamente, nelle donne per chi ha due o più condizioni di svantaggio rispetto a chi non ne ha nessuna.

Oggi in Toscana le diseguaglianze socio-economiche si riflettono in una sovra-mortalità precoce che si esplica nell'età adulta ed è maggiormente a carico degli uomini e relativamente a cause specifiche legate alla professione ed alle abitudini di vita. Sono tutte condizioni che rimandano a maggiori esposizioni a fattori nocivi, ad un difetto delle misure di prevenzione selettivo per le persone in condizioni di svantaggio sociale e legato alla loro incapacità di sfruttare le potenzialità di benessere personale che le moderne società sviluppate offrono.

Le variazioni nel tempo delle diseguaglianze sociali nella mortalità 1981-2005 mostrano un

**Tabella 1** – Mortalità per livello d'istruzione, 18-59 anni. Livorno. Confronto tra il periodo 1981-87, 1991-97 e 2001-2005. Rischi relativi aggiustati per età prendendo come riferimento la mortalità dei laureati/diplomati. Uomini e Donne. Fonte: Studio Longitudinale Toscano.

UOMINI									
	Anni 1981-1987			Anni 1991-1997			Anni 2001-2005		
	Decessi	RR	IC 95%	Decessi	RR	IC 95%	Decessi	RR	IC 95%
<b>ISTRUZIONE</b>									
Laurea+media super.	433	1	rif.	485	1	rif.	293	1	rif.
Media inferiore	602	1.13	1.00-1.28	648	1.21	1.08-1.36	340	1.33	1.13-1.55
Licenza elementare	1933	1.30	1.17-1.44	1446	1.39	1.25-1.55	561	1.65	1.42-1.91
Senza titolo	582	1.50	1.32-1.71	260	1.77	1.52-2.07	102	2.69	2.13-3.38

DONNE									
	Anni 1981-1987			Anni 1991-1997			Anni 2001-2005		
	Decessi	RR	IC 95%	Decessi	RR	IC 95%	Decessi	RR	IC 95%
<b>ISTRUZIONE</b>									
Laurea+media super.	161	1	rif.	225	1	rif.	153	1	
Media inferiore	181	0.82	0.66-1.01	268	1.12	0.94-1.34	187	1.43	1.15-1.77
Licenza elementare	1120	1.10	0.93-1.31	1010	1.22	1.05-1.42	420	1.41	1.16-1.71
Senza titolo	700	1.37	1.15-1.63	337	1.41	1.18-1.68	113	1.77	1.37-2.29

<sup>1</sup> Promemoria sull'equità nell'assistenza sanitaria: **Equità orizzontale**: fornire le stesse prestazioni a parità di bisogni. **Equità verticale**: trattare in maniera differente coloro che hanno differenti bisogni.

quadro che desta preoccupazione. Il confronto tra la coorte di Firenze 2001-2005 vs 1991-95 mostra per quasi tutti gli indicatori usati un aumento dei differenziali di mortalità. La Figura 1 mostra i livelli di disuguaglianza nella mortalità per tutte le cause di morte per livello di istruzione (Comune di Firenze); se nel periodo 1991-1995 coloro che avevano frequentato al massimo la scuola media e la scuola elementare avevano rispettivamente il 32 e il 68% di probabilità in più di morire precocemente rispetto ai laureati, nel periodo 2001-2005 si assiste ad un aumento importante passando al 58 e 141% rispettivamente.

Molto più suggestiva l'analisi per la coorte di Livorno riportata nella Tabella 1 relativa al periodo 1981-2005:

### Le disuguaglianze di morbosità

Lo SLTo ha valutato anche il ricorso alle cure ospedaliere, per il periodo 1997/2000 e 2001-2005, per gli appartenenti alle coorti censuarie 1991-2001 del Comune di Firenze. Sono stati studiati 270.281 ricoveri relativi a 114.406 persone facenti parte della coorte.

Le disuguaglianze socio-economiche dei tassi di ricovero sono risultate presenti per tutti gli indicatori scelti e sono sempre inferiori a quelle riscontrate nella mortalità.

Il dato relativo ai ricoveri è importante perché ci informa sulle patologie meno gravi che portano più difficilmente al decesso.

Tuttavia i differenziali socio-economici sono apprezzabili soltanto se si considerano i ricoveri in regime ordinario, mentre se si considerano i ricoveri in regime di day hospital tutti i gradienti si attutiscono se non scompaiono del tutto. La letteratura epidemiologica è concorde nel mostrare un utilizzo maggiore da parte delle classi sociali più alte della assistenza extra-ospedaliera, sia specialistica che di medicina generale. Le classi sociali più svantaggiate non riescono a sfruttare adeguatamente le soluzioni alternative al ricovero ordinario, anche se non possiamo escludere l'effetto di una maggior gravità della patologia nel determinare il ricorso al ricovero ordinario.

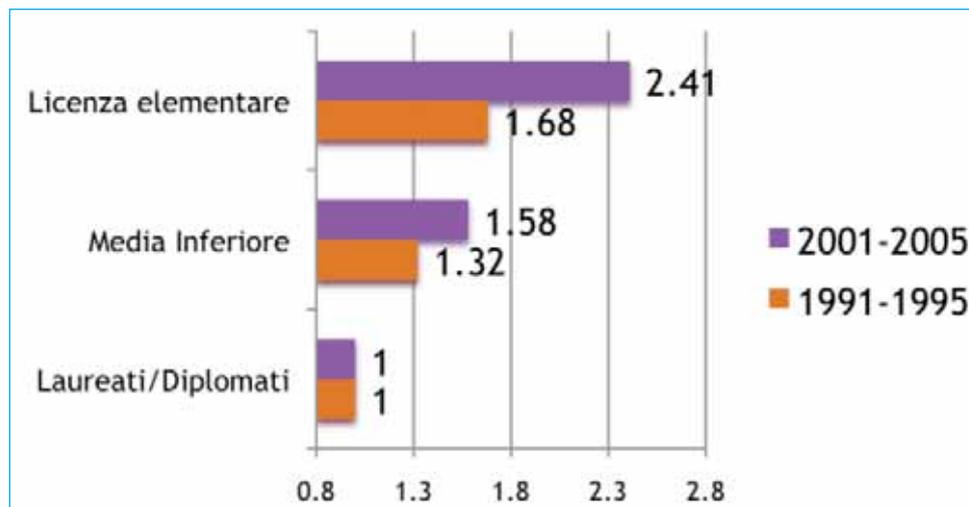
Si osservi la Tabella 2 relativa al livello di istruzione. I gradienti di rischio nei ricoveri nel periodo 2001-2005 sono simili a quelli 1997-2000 sia negli uomini che nelle donne. Ma la mortalità ha mostrato un'evoluzione con un aumento del differenziale sociale cui non ha corrisposto un analogo aumento nei ricoveri.

**Il tasso di ricovero non è proporzionale al tasso di mortalità**, ovvero il livello di prestazioni ospedaliere erogate è proporzionalmente inferiore

**Tabella 2** – Ospedalizzazione e mortalità per livello d'istruzione, 18-59 anni. Firenze. Confronto tra 1997-2000/1991-1995 e 2001-2005. Rischi relativi aggiustati per età prendendo come riferimento la mortalità dei laureati/diplomati. Uomini e Donne. Fonte: Studio Longitudinale Toscano.

### Livello di istruzione

Indici	uomini			donne		
	Laureati e diplomati	Media inferiore	Licenza elementare	Laureati e diplomati	Media inferiore	Licenza elementare
Ricoveri 1997-2000	1.00	1.16	1.16	1.00	1.08	1.19
Ricoveri 2001-2005	1.00	1.14	1.16	1.00	1.10	1.08
Mortalità 1991-1995	1.00	1.14	1.25	1.00	1.15	1.18
Mortalità 2001-2005	1.00	1.23	1.46	1.00	1.12	1.15



**Figura 1** - Mortalità per livello d'istruzione, 18-59 anni. Firenze. Confronto tra il periodo 1991-95 e 2001-2005. Rischi relativi aggiustati per età prendendo come riferimento la mortalità dei laureati/diplomati. Fonte: Studio Longitudinale Toscano.

alla quantità di bisogni di salute espressi dai gruppi più poveri della popolazione. L'aumento di efficienza del sistema ospedaliero toscano rischia pertanto di generare iniquità.

### L'equità verticale

La mera inclusione delle persone all'interno di un sistema sanitario universalistico non è garanzia di equità nella salute (perché intervengono altri determinanti – non sanitari – della salute), ma neppure di equità nell'assistenza sanitaria (perché si assiste a un crescente gap tra differenti gruppi di popolazione nell'utilizzazione dei servizi e nella qualità delle prestazioni). Poiché ognuno dovrebbe ricevere i servizi in relazione al bisogno, ne deriva che le persone di più bassa classe sociale, in genere portatrici di un maggiore carico di problemi di salute, dovrebbero essere destinatarie di un maggior volume di servizi, e quindi beneficiari di una maggiore quantità di spesa sanitaria (equità verticale). La Figura 2 dimostra che ciò non avviene.

Suddividendo le famiglie toscane in decili in relazione al reddito (Fam. I = più povera; Fam. X = più ricca) si osserva che non vi sono significative differenze nella spesa sanitaria pubblica tra i differenti decili, mentre la spesa sanitaria privata cresce in proporzione al reddito delle famiglie. In conclusione le famiglie più ricche arrivano a disporre di una spesa sanitaria (pubblica + privata) superiore a quella delle famiglie più povere.

### Conclusioni

La presenza di differenze di salute legate alle condizioni sociali della persona rappresenta una delle maggiori iniquità della nostra società. Perché non è giusto che allo svantaggio sociale si leghino minori aspettative di vita e un maggior

carico di malattia, e perché non è equo che ad un maggior bisogno non corrisponda un maggior impiego di risorse sanitarie efficaci.

Sul primo punto sono necessarie politiche di contrasto della diffusione di fattori di rischio e stili di vita nocivi che richiedono sforzi al di là del solo settore di stretta pertinenza sanitaria. Occorre spostare risorse nell'ambito dei servizi sociali, dell'educazione sanitaria, dell'istruzione e di quello che oggi si definisce *empowerment* della comunità.

Il secondo punto richiama più direttamente le politiche sanitarie volte a garantire l'equità nell'accesso e una particolare attenzione ai bisogni delle persone attraverso la "sanità d'iniziativa": significa che un paziente viene attivamente seguito nel percorso assistenziale e aiutato nel rispettare determinati stili di vita, controlli e procedure.

Le differenze importanti di mortalità per vari indicatori socio-economici, sono conseguenza di svantaggi nella salute che originano fin dalla nascita e si accumulano nel corso della vita. Sono causate principalmente dalla differente esposizione a fattori sfavorevoli cui vanno incontro i soggetti socialmente svantaggiati: condizioni materiali, psicosociali e comportamentali.

Come contrastare questi fattori, così potenti nel determinare una spirale di eventi che portano a compromissioni della salute e che si manifestano nel corso di tutta la vita, è un tema che richiede azioni non solo sanitarie, a cominciare dall'istruzione, e una non facile riallocazione di risorse dal versante della tutela sanitaria al versante della prevenzione anche sociale.

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [gavino.maciocco@alice.it](mailto:gavino.maciocco@alice.it)

TM

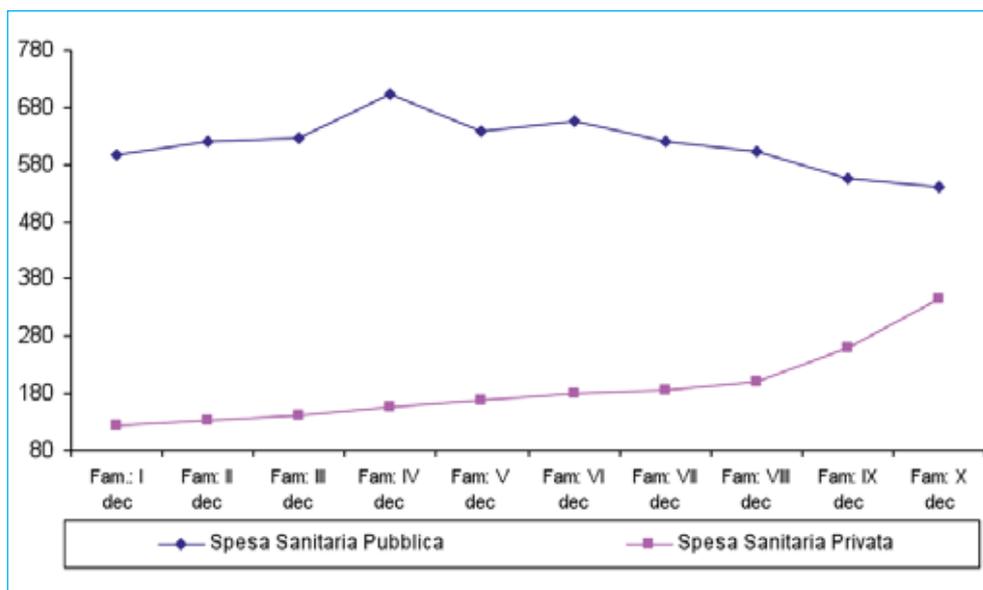


Figura 2 – Toscana. Spesa in salute, pubblica e privata, per livello di reddito, 2007 - Milioni di Euro. Fonte: IRPET

# Casi di melanoma in undici anni di attività del Servizio di Dermatologia Oncologica del C.A.L.C.I.T.



Luca Salimbeni, spec. in Dermatologia, è Resp. di branca presso il Serv. di Dermatologia Oncologica CALCIT-Chianti F.no e Resp. di Branca presso gli ambulatori della Venerabile Arciconfraternita della Misericordia di Firenze. Ha collaborato con l'associazione nazionale tumori per "progetto melanoma". Ha conseguito l'idoneità all'esercizio di emergenza sanitaria territoriale ed è abilitato alla medicina generale.

## Introduzione

Dopo la nascita del Servizio di Dermatologia Oncologica nell'anno 2000, abbiamo deciso di fare un consuntivo della nostra attività di prevenzione del melanoma maligno, tumore fra i più aggressivi nella sfera delle neoplasie cutanee ed oggetto di particolare attenzione del nostro centro. Per fare ciò abbiamo stretto proficui rapporti di collaborazione con la U.O. Chirurgia Plastica dell'Ospedale di Santa Maria Annunziata (OSMA) e con il Servizio di Dermatopatologia OSMA diretto dal Dr. Carmelo Urso. Questo lavoro, frutto della nostra esperienza nel settore specifico, vuole offrire un contributo, anche se piccolo, alla casistica clinica, a totale beneficio dei pazienti che ricorrono alle prestazioni del CALCIT. Nostra intenzione è migliorare sempre di più il nostro Servizio di Dermatologia Oncologica e per questo occorre l'aiuto di tutti: questo è il nostro obiettivo clinico terapeutico.

## Organizzazione del Servizio di Dermatologia Oncologica del Calcit

Ogni paziente che si presenta nel nostro Centro per una visita di "controllo nei-prevenzione oncologica", dopo la compilazione della cartella clinica con accurata anamnesi mirata (familiarità per melanoma, fototipo, eritemi ed ustioni solari in età pediatrica ...), è sottoposto a un rigoroso esame di tutta la superficie cutanea e mucosa con dermatoscopia ad epiluminescenza. Nel caso di lesioni sospette o clinicamente certe di melanoma, il paziente viene sottoposto a biopsia escissionale della lesione, previo consenso informato. La refertazione istologica viene prodotta in tempi relativamente brevi in doppia copia, di cui una

consegnata al paziente e l'altra allegata alla cartella clinica. In caso di risposta istologica positiva ci siamo avvalsi della collaborazione del Centro di Riferimento di Chirurgia Plastica-Prevenzione Melanoma OSMA

per l'allargamento della lesione chirurgica e l'adeguamento dei margini. I pazienti con diagnosi di melanoma maligno sono sottoposti a rigoroso follow-up, secondo le "linee guida clinico-laboratoristiche

e strumentali", avvalendosi di preziosi collaboratori radiologi ecografisti. A tutt'oggi abbiamo registrato un solo caso di decesso per melanoma maligno, in un paziente affetto oltre che dal melanoma cutaneo, da melanoma esofageo e del condotto uditivo (caso di raro riscontro in letteratura scientifica).

## Risultati

Dal 2000 ad oggi abbiamo diagnosticato 82 casi di melanoma, così suddivisi: 43 casi in pazienti di sesso femminile e 39 di sesso maschile. In particolare l'età media dei soggetti colpiti da

LUCA SALIMBENI<sup>1</sup>, VANNI GIANNOTTI<sup>2</sup>,  
LUCIO MARADEI<sup>3</sup>, ROSSANO VERGASSOLA<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Responsabile di branca del Servizio di Dermatologia Oncologica del CALCIT

<sup>2</sup> Ricercatore Chirurgia Plastica O.S.M.A., Firenze

<sup>3</sup> Chirurgo ecografista CALCIT

<sup>4</sup> Direttore sanitario CALCIT

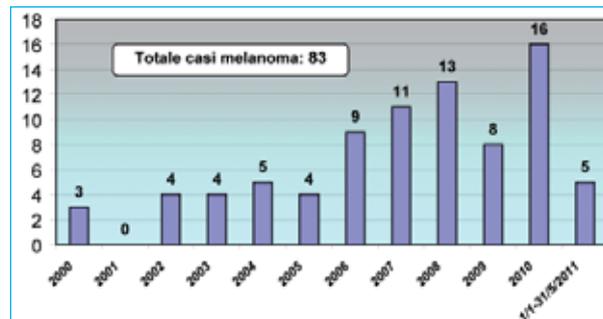


Grafico 1 - Totale casi di melanoma.

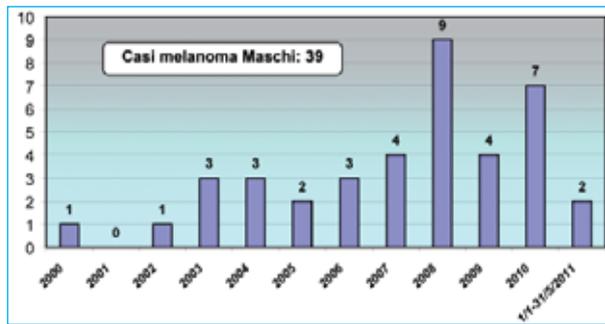


Grafico 2 - Totale casi di melanoma nel sesso maschile.

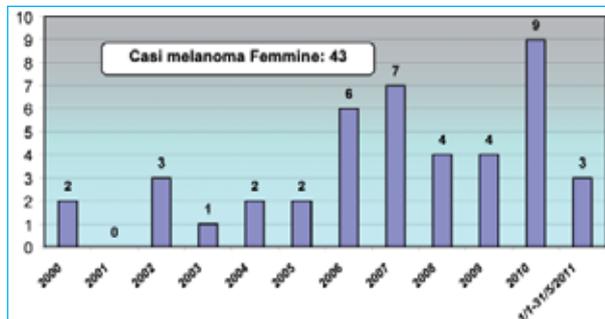


Grafico 3 - Totale casi di melanoma nel sesso femminile.

melanoma nel sesso femminile è di 46 anni, nel sesso maschile di 50 anni. Nei grafici 1, 2 e 3 sono riportati i casi di melanoma anno per anno, con una media di 6,88 casi all'anno.

### Istotipo

La diagnosi precoce di melanoma, arma indispensabile per combattere la neoplasia, ci ha permesso di scoprire 15 melanomi in situ, essendo così riusciti a cogliere in tempo la lesione. Seguono 43 melanomi a diffusione superficiale, 4 lentigo maligne di Hutchinson, 3 melanomi lentiginosi, 4 melanomi microinvasivi, 1 melanoma inclassificabile, 3 melanomi nodulari, 1 melanoma pagetoide, 1 melanoma spitzoide, 1 melanoma di Spitz, 1 melanoma a cellule fusate, 1 melanoma su lentigo, 1 melanoma acrale lentiginoso, 1 melanoma della matrice ungueale, 1 melanoma nevoide su nevo melanocitico, 1 melanoma a diffusione superficiale in regressione.

### Spessore

Importantissima, ai fini prognostici e della sopravvivenza del paziente, è stata la valutazione dello spessore della neoplasia. È stato sufficiente l'allargamento profilattico della incisione nei 15 casi di melanoma in situ e nei 4 di lentigo maligna. Gli altri casi al momento della diagnosi registravano uno spessore indice di maggiore invasività. In 33 casi la lesione aveva uno spessore compreso fra 0,2-0,5 mm; in 13 casi, lo spessore

era compreso fra 0,6-1 mm; in 13 casi, lo spessore era superiore a 1 mm.

Per il melanoma della matrice ungueale è stato impossibile per l'anatomopatologo eseguire misure dello spessore perché era già stato trattato da altri colleghi con onicectomia totale con diagnosi di "onicomicosi".

Nel caso del melanoma a diffusione superficiale in regressione non è stato possibile sapere lo spessore: attualmente il paziente è stato sottoposto ad ampliamento chirurgico della lesione e siamo in attesa dell'esito istologico.

### Considerazioni e conclusioni

Il CALCIT ha come caratteristica principale di aiutare il Servizio Sanitario Pubblico, sia con risorse umane sia con risorse materiali, e approfondire ogni sforzo nell'ambito della prevenzione oncologica, cercando di agevolare in ogni modo e con ogni aiuto gli utenti che ivi afferiscono. Abbiamo messo in campo tutte le nostre forze finanziarie e professionali mediche per supportare le Strutture Pubbliche sanitarie e per dare alla cittadinanza un concreto contributo medico professionale nella prevenzione dei tumori. Fra questi, il melanoma è senz'altro una delle neoplasie della cute delle più temibili, ma anche con un'alta incidenza di sopravvivenza se diagnosticato in tempi rapidi. Possiamo perciò ritenerci soddisfatti del lavoro svolto ma non appagati: bisogna ridurre ancora i tempi di attesa, migliorare le nostre conoscenze scientifiche, fornire migliori erogazioni sanitarie al cittadino.

La fattiva collaborazione con la U.O. Chirurgia Plastica-Prevenzione Melanoma e il Servizio Dermatopatologia ci hanno dato un grosso e concreto aiuto. Ormai il Calcit - Chianti Fiorentino è una realtà consolidata nel tessuto sanitario: sta a noi mantenere, migliorare ed estendere il nostro Centro, con la professionalità e la bravura dei colleghi che ci lavorano e la grandiosa collaborazione dei volontari, senza i quali tutto ciò non sarebbe possibile. **TM**

Melanoma in situ	15
Lentigo maligne (Melanoma in situ)	4
Melanoma Spessore 0,2-0,5	33
Melanoma Spessore 0,6-1	13
Melanoma Spessore >1	13
Melanoma invasivo	1
Melanoma inclassificabile	1
Melanoma matrice ungueale	Spessore impossibile da determinare
Melanoma a diffusione superficiale in regressione	Accertamenti in corso

Tabella 1 - Spessore melanoma

# Organizzazione dei turni e impatto sui tempi di attesa e di processo nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Empoli



Alessandro Caneschi, ha lavorato in Medicina Interna dal 1981, ed è impegnato dal 1997 nella Med. di Urgenza. Ha svolto attività di insegnamento nel Master in Med. di Urgenza dell'Univ. di Firenze e nei corsi annuali del Progetto Toscano Medicina di Urgenza, condotti da Harvard Medical International con l'Univ. di Firenze, e la Regione Toscana. Dal 2010 è Direttore del PS dell'Ospedale di Empoli (FI).

L'ospedale di Empoli serve un territorio di 15 comuni con una popolazione totale di 235.864 abitanti, di cui il 21.7% ultra65enni, ed è sede dell'unico PS dell'USL, dopo la chiusura dei tre vecchi PS di Fucecchio, Castel Fiorentino ed Empoli e la loro riunificazione nell'attuale Pronto Soccorso dell'ospedale di S. Giuseppe.

L'accesso medio giornaliero al Pronto Soccorso, calcolato sull'intero anno è di 189 persone (70.000/anno), con medie più alte in alcuni mesi, e naturalmente con picchi giornalieri che raggiungono alcune volte nel mese i 220-230 accessi.

Sono attivi alcuni percorsi di *fast-track* che indirizzano una parte di questi accessi direttamente allo specialista, dopo valutazione dell'infermiere di triage. Altri vengono valutati dal medico del PS e indirizzati anch'essi allo specialista.

Si calcola che circa il 15-20% del totale degli accessi venga visto direttamente dallo specialista impegnando il personale del PS solo nella fase di triage.

La stampa e la cittadinanza sottopongono ad un duro esame il Pronto Soccorso di Empoli, il quale soffre di momenti di picco di afflusso che determinano fasi di attesa mal sopportate dalla popolazione.

Nella consapevolezza di questo stiamo da tempo esplorando delle modalità di organizzazione che minimizzino il disagio.

Storicamente, per le risorse disponibili, il servizio in PS è stato coperto da 4 medici dalle 8 alle 20 e da tre medici dalle 20 alle 8, più il medico ortopedico nelle dodici ore diurne.

Questi turni sono stati spostati in vari modi nel tentativo di coprire i momenti di picco di afflusso, senza riuscire a dare una risposta soddisfacente.

ALESSANDRO CANESCHI\*, UBALDO GARGANO\*\*

\* Direttore UOC Pronto Soccorso

\*\* Direttore UOS OBI - Ospedale S. Giuseppe - Empoli

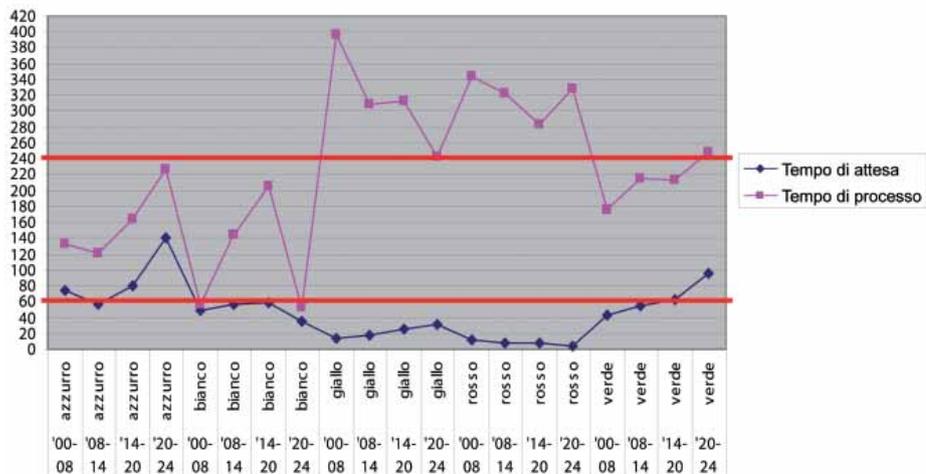
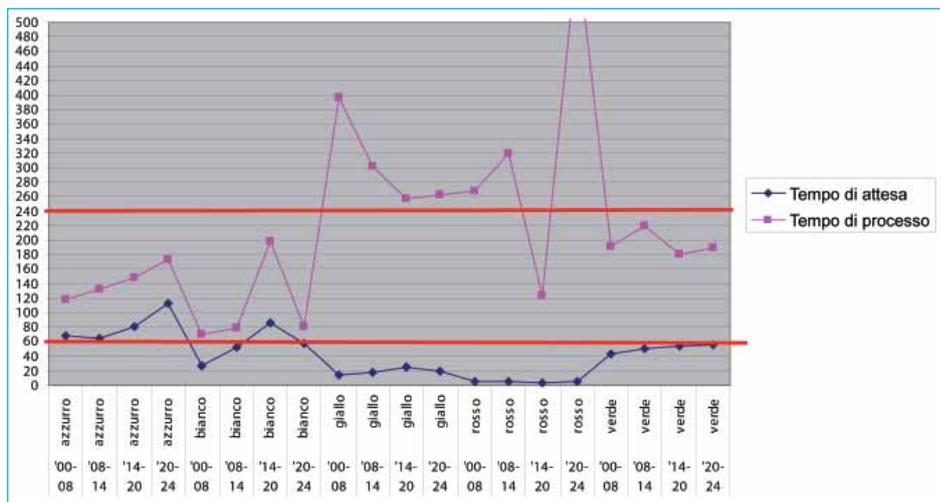
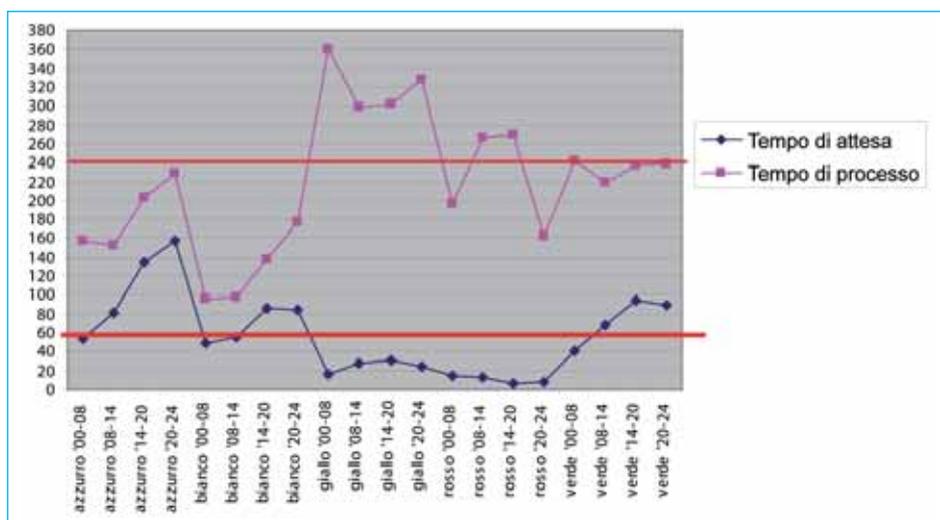


Grafico 1 - Attesa processo 4->10 aprile 11 - accessi medi 200.



**Grafico 2** - Attesa processo 11-17.4.11 con 11-13 - accesso medio 201,5/die.



**Grafico 3** - Attesa processo aprile 10 - accessi medi 200/die.

Per questo circa un anno fa è stato deliberato un incremento di organico portandolo a 22 medici + il Direttore, che è arrivato a regime a partire dal mese di marzo u.s. a causa di una serie di assenze impreviste.

Nel frattempo si è provato a dare copertura ai momenti di picco istituendo un turno spezzato che garantisca una presenza in più in due momenti comunque critici della giornata, l'inizio e la fine del pomeriggio.

Alcuni fattori in parte legati alle caratteristiche del turno (interruzione dopo tre ore e ripresa per altre tre ore dopo un intervallo di due ore), e in parte legati all'esplicito mancato gradimento da parte degli operatori, hanno fatto sì che non si avvertissero sostanziali variazioni nella performance del PS, soprattutto riguardo ai tempi di attesa e di processo.

Con il raggiungimento del previsto organico di 22 medici, nel mese di marzo è stato aggiunto un ulteriore turno, nei soli giorni feriali, dalle 12 alle 18, che coprisse meglio l'inizio dell'affollamento, e si sovrapponesse al turno spezzato neutralizzando le due ore di assenza di quel medico.

Qualche miglioramento si è evidenziato, ma non tale da giustificare l'impegno di risorse.

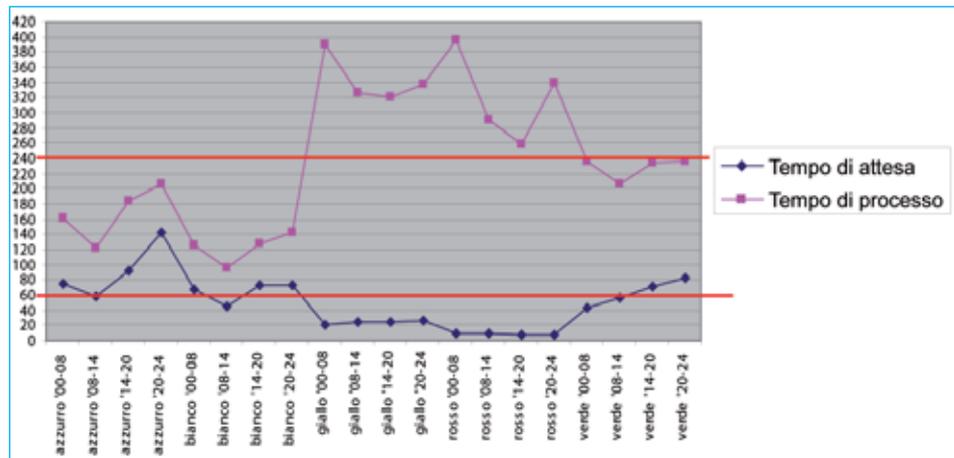
La valutazione di questo dato (due medici in più al lavoro ogni giorno, ma praticamente modesto effetto sui tempi di attesa e di processo) ha motivato i medici del PS a impegnarsi in un nuovo tentativo di organizzazione che abbiamo avviato dall'11 aprile e che è al momento ancora in corso.

È stato deciso di utilizzare i due medici su un turno di 12 ore che va dalle 11 del mattino alle 23. Si è perciò abolito il turno spezzato ed evitato la sovrapposizione dei due medici.

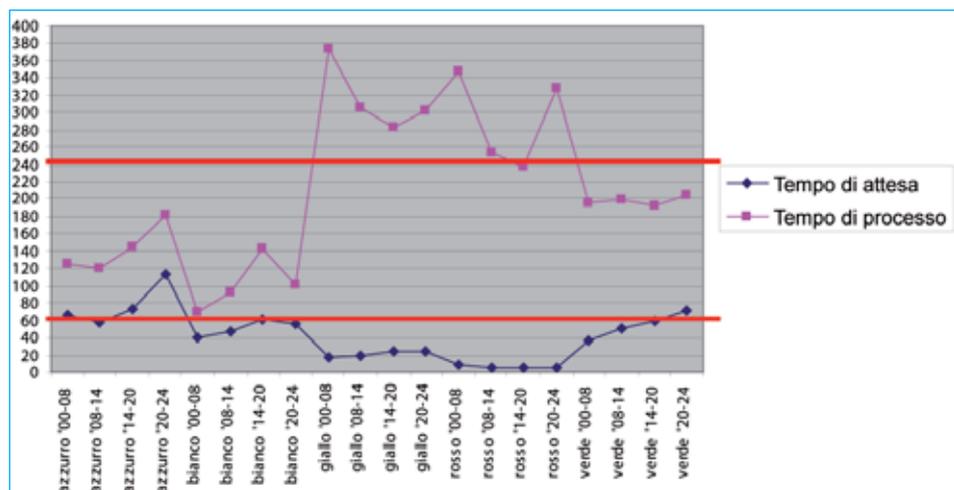
Nei grafici 1, 2, 3, 4 e 5 sono rappresentati i valori medi per le diverse fasce orarie del **tempo di attesa** (linea blu: tempo tra il triage e la visita del medico) e del **tempo di processo** (linea rosa: tempo tra visita e dimissione o ricovero) per i vari codici colore. Le due linee rosse indicano il tempo di 60 min (indicato dalla Regione Toscana come limite per l'attesa dei codici verdi) e il tempo di 240 min (indicato come limite di permanenza per i codici verdi che non esitano in ricovero).

Il confronto è fatto tra la settimana dall'11 al 17 aprile 2011 (prima settimana della sperimen-

**Grafico 4** - Attesa processo marzo 11 - accessi 192/die.



**Grafico 5** - Attesa processo aprile 11 - accessi medi 199/die.



tazione) e la settimana precedente 4-10 aprile 2011.

A ulteriore conferma, abbiamo proseguito la sperimentazione, e abbiamo potuto confrontare l'intero mese di aprile 2011 (anche se la sperimentazione è iniziata solo dal giorno 11) con aprile 2010 (18 medici) e marzo 2011 (22 medici in servizio ma vecchia organizzazione).

Come si può vedere si evidenzia una discontinuità notevole non solo con l'anno precedente, ma persino con il mese di marzo 2011 e i primi giorni di aprile. Questo miglioramento riguarda anche il tempo di processo e di attesa dei codici bianchi e azzurri (non significativo il tempo di permanenza di codici gialli e rossi su cui pesa la frequente necessità di stabilizzazione clinica).

Un effetto collaterale non trascurabile è la riduzione delle chiamate del medico in reperibilità notturna: 13 nel mese di Marzo, 6 nel mese di Aprile.

I dati necessitano certamente di conferme per tempi più lunghi, ma la discontinuità è così evidente che certamente indica che è stato affrontato un nodo cruciale.

Nella nostra analisi due sono gli elementi di forza di questo turno:

- 1) si anticipa l'inizio del turno del quinto medico al mattino, diminuendo il rischio che si crei la fila con il primo picco di afflusso del mattino
- 2) si estende la copertura di un medico in più fino alle 23, considerato che per la notte rimanevano solo tre medici a gestire le code della giornata e a fronteggiare un afflusso che fino alla mezzanotte è di poco inferiore a quello diurno.

Questa esperienza ci sembra preziosa perché sta dimostrando, se sarà confermata, il valore dell'ascolto dell'esperienza degli operatori, che hanno proposto la modifica accollandosi un turno che li costringe a uscire dall'ospedale a notte avanzata.

Ma soprattutto dimostra come sia necessaria un'attenzione quasi "millimetrica" ai comportamenti del flusso in accesso per ottenere risultati significativi.

Tutto questo non elimina evidentemente ogni situazione di disagio ma certo si muove nella direzione di contenerle il più possibile.



Rossano Vergassola, Primario cardiologo per 17 anni. Direttore di una UO del CNR. Coordinatore Sanitario della USL 10H per 6 anni. Direttore del Dip. ospedaliero e poi Direttore del 118 di Firenze. Professore a contratto dell'Univ. degli studi di Firenze. Coordinatore Sanitario del gruppo Villa delle Terme Firenze.

## L'ospedale per Intensità di cura ed il case management in strutture per cronici

### INTRODUZIONE

Organizzare per **intensità di cure** significa graduare il percorso assistenziale di ogni singolo paziente (secondo la propria instabilità clinica e complessità assistenziale) in livelli rappresentativi della propria salute e conseguente piano integrato multidisciplinare PIM (livello alto, livello medio, livello basso) rispondendo in modo diverso per tecnologie, competenze e quantità/qualità di personale assegnato. Questo modello, che si sta rapidamente diffondendo in Toscana ed in particolare nella ASL 10 di Firenze, prevede tre livelli di cura:

L'organizzazione per intensità di cura:

- mira allo spostamento dalle esigenze degli operatori a quelle dei pazienti;
- vede il paziente al centro della struttura e gli operatori che "ruotano" attorno ad esso in stretta connessione tra loro;
- aumenta l'appropriatezza.

Il **case management** è uno strumento organizzativo assistenziale incentrato sul caso, atto a favorire l'efficacia e il controllo dei costi attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari.

A queste due strategie organizzative ci siamo ispirati anche nella gestione della **cronicità**, cercando di adattare i modelli alla realtà esistente.

### DESCRIZIONE DELLA STRUTTURA

Il Gruppo Villa delle Terme è composto da tre strutture, una nel Comune di Impruneta (Falciano) con 150 posti letto, due nel Comune di Firenze, Mazzini e Marconi, rispettivamente con 95 e 70 posti letto.

ROSSANO VERGASSOLA<sup>1</sup>, CRISTIANA RICCI<sup>2</sup>,  
MARIO LINO<sup>3</sup>, FEDERICO PESTELLI<sup>4</sup>,  
DIANA PINEROS<sup>5</sup>, GABRIELLA MIDDIONE<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Coordinatore Sanitario

<sup>2</sup> Direttore Sanitario Mazzini e Marconi

<sup>3</sup> Direttore Medico

<sup>4</sup> Primario Mazzini

<sup>5</sup> DAI

<sup>6</sup> Responsabile Qualità

Gruppo Villa Delle Terme Firenze

Gruppo SEGESTA - Korian

La struttura Villa delle Terme nel suo complesso assiste varie tipologie di pazienti:

- A) pazienti in **coma con ventilazione meccanica**;
- B) pazienti con **SLA** (sclerosi laterale amiotrofica) o problemi respiratori cronici, con **ventilazione meccanica**;
- C) pazienti in **coma** senza ventilazione meccanica;
- D) **SVP** (stati vegetativi persistenti);
- E) **riabilitazione neurologica** codice 56;
- F) **riabilitazione ortopedica** codice 56;
- G) riabilitazione ortopedica ex art. 26;
- H) lungodegenza;
- I) Cure Intermedie.

È evidente la grande variabilità nell'assistenza che esiste all'interno de Le Terme e quindi abbiamo scelto di organizzarci nello stesso modo degli ospedali per acuti, cioè per fasce d'intensità assistenziale. Allarghiamo il concetto di "reparto" vecchia maniera, che è chiuso in se stesso, poco flessibile e quindi anche dispendioso ed introduciamo il concetto di "**Linea**", con la quale intendiamo una struttura più ampia, con maggior

### DIFFERENZE FRA COORDINATORE GESTIONALE E CASE MANAGER

Si sottolinea che queste differenze hanno l'obiettivo di delimitare le aree di responsabilità ma non hanno l'intenzione di limitare l'operato dei professionisti (lavoro interdisciplinare, complementare e di collaborazione).

INFERMIERE CM	ZONA GRIGIA	INFERMIERE CG
Preso in carico: ingresso, inquadramento, elaborazione PIM.	Prenotazione esami ematici. Richiesta vitto.	Preso in carico dal punto di vista gestionale (occupazione letto, attività alberghiere, prenotazione visite, prenotazione controlli, avviamento fase di riabilitazione).
Valutazione stato clinico, complessità assistenziale.	↔ interdipendenti ↔	Valutazione Carichi di lavoro.
Coordina i PIM (Piani Integrati multidisciplinari).		Coordinamento del budget e dello svolgimento della giornata tipo.
Garantisce l'appropriatezza di prestazioni.	↔ interdipendenti ↔	Garantisce l'appropriatezza di spesa (esegua richieste di presidi medici farmaci, sanitari, alberghieri, biancheria, ossigeno).
Rapporti interdisciplinari per gestione dei PIM.		Rapporti interdisciplinari per gestione "giornata tipo".
Rapporti con i parenti/pz in riferimento al percorso clinico assistenziale.		Rapporti con i parenti/pz in riferimento alla gestione delle attività alberghiere (sanificazione, ristorazione, comfort), rifornimento di presidi medici (farmaceutici o sanitari).

numero di posti letto e con un'organizzazione multidisciplinare, basata sul **briefing** delle varie professioni.

Questo cambiamento richiede professionisti più preparati nella gestione delle risorse e nuove figure più dedicate all'assistenza clinica.

Una linea è assegnata ad un unico **coordinatore infermieristico gestionale (CG)**, il quale si avvale di alcuni **case manager (CM)**, che hanno funzioni assistenziali e seguono un gruppo di pazienti per tutta la loro degenza (assistenza personalizzata). I pazienti sono assegnati ad un medico (presa in carico), che svolge funzioni di **tutor** e segue il paziente per tutto il periodo del ricovero, anche se il paziente passa da una linea all'altra. La figura del *case manager* assolve anche la funzione di *tutor*.

Questo nuovo assetto comporta vari vantaggi:

- A) eliminazione dei tempi morti, perché il personale libero da compiti per quella fascia oraria (vedi ad esempio chi segue pazienti che passano varie ore in palestra riabilitativa), viene spostato in altro modulo della linea, dove ci sono maggiori esigenze assistenziali;
- B) utilizzazione razionale delle risorse;
- C) sviluppo di capacità manageriali per alcune figure mediche ed infermieristiche;
- D) personalizzazione dell'assistenza.

Questi risultati sono molto parziali e non hanno valore significativo sul piano statistico, però ci confortano nel proseguire nella nostra riorganizzazione. Elemento che ci conforta è anche quello che tutti gli operatori addetti all'assistenza hanno dichiarato la loro soddisfazione, perché sono coscienti di lavorare meglio e di essere molto più vicino al paziente. **TM**

### Risultati iniziali

Indicatore	Primo trimestre 2010	Quarto trimestre 2010
Reclami utenza	7	3
LdP (lesioni da pressione) sviluppate in Casa di Cura	12,6 %	5,7 %
LdP risolte in Casa di Cura	29%	59%
Cadute	3,07%	0,54%

Nota: le percentuali sono calcolate sul numero di pazienti dimessi



Linda Vignozzi, Ricercatore Universitario in Endocrinologia- Facoltà Medicina e Chirurgia- Firenze. Membro della Commissione scientifica della Società di Medicina della Sessualità e Andrologia e della Commissione nazionale per lo studio sulla S. di Klinefelter. Autrice di più di 45 lavori su riviste scientifiche internazionali.

# Il percorso diagnostico-terapeutico del paziente affetto da sindrome di Klinefelter

La Regione Toscana, con la Fondazione Monasterio CNR-Regione Toscana, il Forum delle Associazioni Toscane Malattie Rare e il coordinamento per la rete dei presidi delle malattie rare, ha organizzato una Conferenza dei presidi sul percorso diagnostico-terapeutico per le persone affette da Sindrome di Klinefelter. A tale riunione hanno partecipato i responsabili e gli specialisti delle unità operative coinvolte nella gestione dei soggetti con Sindrome di Klinefelter; i rappresentanti delle Associazioni dei pazienti e i referenti per la medicina di base. Durante la riunione è stato approvato il percorso diagnostico-terapeutico auspicabile per la gestione del soggetto con Sindrome di Klinefelter; del quale viene riportato in questo articolo un estratto.

## Premessa

La Sindrome di Klinefelter (SK) è stata descritta nel 1942 da H. Klinefelter come un'entità clinica caratterizzata da ginecomastia, testicoli piccoli e duri, ipogonadismo, azoospermia ed aumentati livelli sierici di FSH. Data la variabilità del quadro fenotipico e delle complicanze di malattia, la diagnosi può avvenire in diverse fasi della vita.

## Diagnosi nel periodo prenatale

La diagnosi prenatale di SK permette l'individuazione del 10% dei casi, mentre solo il 26% viene diagnosticato in epoca post-natale, sulla base del quadro clinico, ed addirittura il 64% dei casi non viene diagnosticato, a conferma del fatto che il quadro fenotipico del soggetto con SK può essere molto sfumato. In questa fase vi è necessità di un'accurata consulenza genetica e di supporto alla coppia.

## Diagnosi nel periodo neonatale ed infanzia

Alla nascita e nell'infanzia non sono rilevabili stigmate fenotipiche,

anche se raramente sono presenti anomalie genitali (micropene, criptorchidismo e ipospadia). L'assetto ormonale dei bambini con SK risulta sostanzialmente nella norma. Nell'infanzia possono presentarsi difficoltà del linguaggio, dell'apprendimento motorio e problemi comportamentali.

## Diagnosi alla pubertà

Alla pubertà, il testosterone sierico aumenta raggiungendo i limiti inferiori della norma per età ed assicurando un normale sviluppo dei caratteri sessuali secondari, ad esclusione del volume testicolare, che non aumenta progressivamente; il testicolo risulta pertanto di volume ridotto e duro alla palpazione. La normale progressione dello sviluppo puberale (sviluppo dell'asta, pigmentazione scrotale, sviluppo dei caratteri sessuali secondari) ed il mancato incremento volumetrico dei testicoli rappresenta il dato clinico più importante ai fini di una diagnosi precoce di SK in età peripuberale e puberale. Solo una

LINDA VIGNOZZI<sup>1</sup>, SILVANO BERTELLONI<sup>2</sup>,  
VERONICA BERTINI<sup>3</sup>, ANTONELLA CECCONI<sup>4</sup>,  
MAURIZIO FORNASARI<sup>5</sup>, MARZIA GUARNIERI<sup>6</sup>,  
ENIO MARTINO<sup>7</sup>, LUCIA MIGLIORE<sup>8</sup>, PAOLO  
MONICELLI<sup>9</sup>, GIROLAMO MORELLI<sup>10</sup>,  
BENEDETTA TOSCHI<sup>3</sup>, PAOLO SIMI<sup>3</sup>,  
MARIA ROSARIA SCORDO<sup>11</sup>,  
ALESSANDRA RENIERI<sup>12</sup>, PAOLO TURCHI<sup>13</sup>,  
MAURO PIAZZINI<sup>14</sup>, GIANNI FORTI<sup>15</sup>,  
MASSIMO MANNELLI<sup>15</sup>, MAURIZIO GENUARDI<sup>14</sup>,  
FURIO PACINI<sup>16</sup>, PAOLO VITTI<sup>17</sup>,  
DOMENICO CANALE<sup>17</sup>, MARIO MAGGI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SODc Medicina della Sessualità e Andrologia, AOU Careggi, Firenze

<sup>2</sup> SOD Medicina dell'Adolescenza, AUOP, S. Chiara, Pisa

<sup>3</sup> UO Citogenetica, AUOP, S. Chiara, Pisa

<sup>4</sup> Genetica Clinica, UO Pediatria, Osp. S. Maria Annunziata, ASL10, Firenze

<sup>5</sup> Unitask Onlus

<sup>6</sup> Referente Regionale Malattie Rare Pediatri di Famiglia Toscana

<sup>7</sup> UO Endocrinologia 2, AUOP Cisanello, Pisa

<sup>8</sup> Genetica Medica, Università di Pisa

<sup>9</sup> SIMG, Formaz Reg. Toscana, Pisa

<sup>10</sup> Chirurgia Uro-genitale, UO Urologia, AUOP Cisanello, Pisa

<sup>11</sup> SOD Neuropsichiatria Infantile, AUO Careggi, Firenze

<sup>12</sup> UO Genetica Medica, AOU Senese Le Scotte, Siena

<sup>13</sup> Sez Andrologia, ASL 4 Prato

<sup>14</sup> Sez Genetica, Dip. Fisiopatologia Clinica, AOU Careggi, Firenze

<sup>15</sup> Sez Endocrinologia, Dip. Fisiopatologia Clinica, AOU Careggi, Firenze

<sup>16</sup> UO Endocrinologia, Dip. Med Interna, AOU Senese Le Scotte, Siena

<sup>17</sup> UO Andrologia, Dip Endocrinologia, AUOP Cisanello, Pisa

minoranza dei soggetti SK sviluppa un franco ritardo puberale. Durante la pubertà, circa il 40-50% dei soggetti SK sviluppa una ginecomastia. Nelle prime fasi della pubertà possono rendersi evidenti un deficit delle abilità linguistiche e problemi comportamentali.

In questa fase della vita deve essere effettuato un'accurata consulenza sul problema della fertilità. Infatti, la maggior parte dei soggetti SK nasce con cellule germinali allo stadio di spermatogoni, che nelle prime fasi della pubertà vanno incontro ad un accelerato processo di apoptosi. Per cercare di aumentare le possibilità di fertilità, si può ricorrere alla criopreservazione dello sperma (qualora fossero rilevati spermatozoi nell'eiaculato) prima dell'apoptosi delle cellule germinali che si verifica alla pubertà ed opportunamente prima di iniziare il trattamento con androgeni.

### Diagnosi in età adulta

I sintomi che più spesso portano il soggetto adulto affetto da SK dal medico sono l'infertilità o la disfunzione sessuale. L'infertilità è dovuta in gran parte dei casi ad azoospermia. Pertanto, se non è stata effettuata una crioconservazione del seme in età adolescenziale, si può ricorrere all'estrazione di spermatozoi direttamente dal testicolo (TESE) seguita dall'iniezione intracitoplasmatica dello sperma nell'ocita (ICSI). Una consulenza genetica è necessariamente prioritaria durante l'esecuzione di tecniche di riproduzione assistita.

Dopo la pubertà possono comparire i segni tipici di ipogonadismo quali la disfunzione erettile, calo del desiderio sessuale, osteopenia/osteoporosi, riduzione della massa muscolare, sindrome metabolica e diabete mellito di tipo II.

Il paziente con SK dovrà essere attentamente valutato per le co-morbidità oncologiche (tumore della mammella/tumori a cellule germinali extra-

gonadici), cardiologiche (prolasso della valvola mitrale/ disfunzione ventricolare).

### Conclusioni

La sindrome di Klinefelter è una malattia che si caratterizza per un quadro fenotipico molto variabile. È una malattia che sempre più frequentemente viene diagnosticata in modo precoce, sia nel periodo prenatale che nell'infanzia-adolescenza, dove pertanto è fondamentale una corretta comunicazione e diagnostica, opportunamente conseguente ad una consulenza genetica medica. Nella maggioranza dei casi la diagnosi avviene in adolescenza per alterazioni nella progressione dello sviluppo puberale o nell'età adulta in ambiente andrologico durante accertamenti per problemi di infertilità e/o disturbi della sessualità. Pertanto, nella vita post-natale gli approfondimenti diagnostici sono richiesti dallo specialista che sospetta la patologia e seguirà il soggetto SK nel percorso diagnostico terapeutico. Una consulenza genetica medica è obbligatoria durante il percorso della fertilità medicalmente assistita dove si procede seguendo le leggi vigenti della Regione Toscana.

Le complicanze di malattia sono molteplici e necessitano l'intervento di più figure specialistiche. Pertanto si ritiene che debba essere individuata per ogni fase della vita una figura specialistica di riferimento che si prenda carico del soggetto con SK in modo da scegliere all'interno del percorso diagnostico-terapeutico l'iter più appropriato in base al quadro clinico e comorbidità. È inoltre auspicabile la realizzazione di protocolli di transizione per il passaggio dallo specialista pediatra allo specialista dell'adulto.

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [l.vignozzi@dfc.unifi.it](mailto:l.vignozzi@dfc.unifi.it)

TM

## Letti per voi

Toscana Medica 9/11



## Cicogne, cavoli, provette

**Brunella Baldi**

*Principi & Principi Editore*

**B**runella Baldi ha scritto e disegnato un libro per ragazzi col quale si vuole spiegare che oggi il babbo e la mamma possono avere un bambino non soltanto nel modo consueto ma attraverso "tante magie bellissime", che portano alla stessa conclusione della nascita di un figlio. Tutto ciò si giustifica con l'affetto per un bambino che deve nascere per cui la magia più

bella, sostiene l'autrice, è fargli un posto dentro il cuore. Lascio il giudizio su come questo libro si inserisca nella vasta produzione sui temi della sessualità per l'infanzia ai genitori e agli educatori, tuttavia il libro è ben disegnato, ben scritto e sicuramente chiaro.

*Bruno Rimoldi*



Francesco Francesca, Direttore U.O. Urologia Ospedaliera, AOUP. Laurea in Medicina e Chirurgia, 1979. Specialista in Urologia, 1982. Specialista in Chirurgia Generale, 1987. Campi di interesse: Oncologia, Endourologia.

# Antigene prostatico specifico - PSA - trent'anni dopo

**I** PSA fu “scoperto” da un ricercatore statunitense nel 1982. Nel 1986 la Food and Drug Administration (FDA) ha approvato il suo utilizzo nel monitoraggio del carcinoma prostatico dopo trattamento curativo o palliativo. Solo nel 1992 la stessa FDA ne approvò l'uso anche in ambito diagnostico. Dopo quasi trent'anni l'utilizzo del PSA nel monitoraggio post-trattamento conserva tutto il suo valore; in ambito diagnostico invece è in corso un acceso dibattito scientifico sulla sua reale utilità.

Questo perché il PSA è un marcatore organo-specifico ma non specifico di malattia: pertanto in ambito diagnostico deve essere considerato insieme ad altri segni e sintomi senza sopravvalutarne le potenzialità. Essendo di facile acquisizione e di basso costo è sempre stato utilizzato nella diagnosi precoce dei tumori prostatici fino a diventare il fulcro di qualsiasi *screening* individuale o di gruppo.

Ma è utile lo *screening* nel carcinoma prostatico?

L'obiettivo primario di qualsiasi *screening* è quello di ridurre la mortalità nella popolazione in cui viene effettuato. Lo *screening* può essere di gruppo o individuale. Molti uomini fanno uno *screening* individuale sottoponendosi al test per il suo valore predittivo negativo: cioè per essere tranquillizzati da un valore basso – oggi possiamo dire < 2,5 ng/ml – essendo i tumori maligni della prostata che non esprimono valori elevati di PSA solo il 6-8% del totale. Se per alcuni tumori come il carcinoma del collo dell'utero e del colon è scientificamente provato che lo *screening* determina una riduzione della mortalità, per il carcinoma prostatico la questione è più delicata.

Oggi sappiamo che lo *screening* del carcinoma prostatico basato sul PSA determina una ridu-

zione della mortalità di circa il 20% – quindi è utile ed efficace – ma per salvare un soggetto occorre trattarne inutilmente almeno 12.

Questo perché vengono diagnosticati un certo numero di tumori “ clinicamente insignificanti” che per le loro caratteristiche rimangono silenti per tutta la vita del

soggetto e pertanto non necessiterebbero di alcun trattamento. Di contro il trattamento curativo del carcinoma prostatico comporta conseguenze serie per la qualità della vita: basti pensare alla incontinenza (20% circa dei soggetti operati) e al deficit erettile (dall'85 al 20% secondo il tipo di trattamento adottato). In conclusione per una quota di soggetti sottoposta a *screening* il trattamento non solo non è utile ma determina conseguenze che peggiorano la qualità della vita.

Alla luce di queste considerazioni emerse con evidenza scientifica a metà del 2009 ci si domanda quanto sia utile e giustificato dosare il PSA nei soggetti asintomatici, facendo di fatto uno *screening* del carcinoma prostatico.

La comunità dei medici di medicina generale e degli urologi toscani sollecitata dall'Istituto Toscano Tumori ha pertanto preparato un documento informativo sul PSA al fine di rendere edotto ogni soggetto sulle conseguenze che il dosaggio del PSA potrà avere sulla sua vita: in pratica un PSA alterato condurrà alle biopsie prostatiche che, se positive, avvieranno ad un trattamento che potrà essere in alcuni casi non solo inutile *quoad vitam*, ma dannoso per le conseguenze sulla qualità della sua vita.

Un documento che una volta validato dagli organi scientifici prima e amministrativi regionali poi auspichiamo che sia somministrato a tutti i soggetti per permettere loro di esplicitare un consenso informato prima di sottoporsi al test.

TM

FRANCESCO FRANCESCA  
Direttore U.O. Urologia Ospedaliera  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

## Consiglio Sanitario Regionale

# Combinazioni di Fragilità

**S**i intende generalmente per “fragilità” una condizione di latente vulnerabilità alle malattie che con maggiore o minore intensità caratterizza le età avanzate. Contenerne le conseguenze è oggi un obiettivo

primario di Sanità Pubblica e per tale motivo il Consiglio Sanitario Regionale si è assunto il compito di condensare le attuali evidenze scientifiche in una Linea Guida di riferimento per tutti gli operatori del Servizio Sanitario Regionale.

Consultando la letteratura sull'argomento, il gruppo di Esperti incaricato della redazione della Linea Guida ha ravvisato che le azioni terapeutiche in merito sono ancora caratterizzate da un elevato livello di incertezza per la ancora non chiara comprensione delle cause. La caratteristica più evidente della fragilità è l'alto numero di variabili, tra loro interagenti, che intervengono a determinarla. Per ragionarne occorre partire da premesse di ordine generale.

L'uomo ha evidenti limiti nella comprensione dei fenomeni. Ad esempio, l'occhio umano è sensibile alla radiazione elettromagnetica nelle lunghezze d'onda utili a interagire con l'ambiente di vita, quelle comprese fra 400nm (violetto) e 700nm (rosso), ma non è sensibile alle radiazioni di lunghezza d'onda inferiore e superiore. Presumibilmente questa diversa percezione non è risultata evolutivamente necessaria.

Analogamente, la spinta evolutiva ha reso comprensibile un ambito numerico ristretto, quello necessario in un contesto di risorse scarse. Tant'è che in molte lingue primitive spesso esistono solo termini che servono a indicare poche unità numeriche. I numeri con molti zeri non fanno parte dell'esperienza e risultano difficilmente comprensibili. Questi numeri sono tanto difficili da comprendere che, per fare un esempio, se si chiedesse a chiunque di stimare quanto tempo richieda la conta ad alta voce da uno a un miliardo, alla velocità di 2 numeri al secondo, molto probabilmente non avrebbe la percezione che si tratta di contare mille volte un milione e direbbe qualche ora o qualche giorno restando molto lontano dal dato reale: 16 anni. Ancora meno potrebbe pensare che occorrono ben 18.718.157.355.362 anni, circa 1.366 volte il tempo che è trascorso dal “big bang” a oggi, per contare due cifre al secondo fino a 1.180.591.620.717.419.000.000 (1,180 · 10<sup>21</sup>).

1,180 · 10<sup>21</sup>, mille e centottanta miliardi di mi-

liardi, sono le possibili combinazioni delle 70 cause o concause di “fragilità” dell'anziano (v. figura) identificate dal Canadian Study of Health and Aging<sup>1</sup> seguendo una coorte di 14.713 soggetti di oltre 65 anni allo scopo di verificare l'epidemiologia del deterioramento cognitivo e di altri maggiori problemi di salute

Il calcolo delle combinazioni possibili è riconducibile al caso della schedina del Totocalcio: per conoscere quanti

siano tutti i risultati possibili di 13 partite si calcola che essendo 3 i risultati possibili (1 o 2 o X), il numero delle combinazioni (C) è un valore pari al numero delle colonne (i 3 risultati possibili) elevato ad una potenza pari al numero delle righe (le 13 partite sul cui risultato si scommette). Ovvero  $C=3^{13}=1.594.323$ .

Nel caso della fragilità proposta dal CSHA, le righe sono 70 e il numero minimo di colonne è 2. Assumendo che tutti i 70 item della fragilità siano rappresentabili come variabili dicotomiche – che possono assumere soltanto i valori 0 oppure 1 rispettivamente in assenza o in presenza della data condizione in analisi (ad esempio presenza o assenza di bradicinesia facciale) – le combinazioni possibili saranno 2<sup>70</sup> ovvero esattamente l'incomprensibile numero indicato sopra. In realtà, quanto meno per alcuni degli aspetti della fragilità, esistono anche situazioni intermedie fra 0 e 1. Se si volesse tener conto di questi valori intermedi il numero di combinazioni crescerebbe moltissimo. Assumendo, ad esempio, che una soltanto delle 70 condizioni possa manifestarsi con tre livelli di gravità, si otterrebbe  $C=3 \cdot 2^{69}=1,77 \cdot 10^{21}$ . Cinquecentonovanta miliardi di miliardi di combinazioni in più!

Un numero tanto elevato di possibili condizioni di fragilità dipende dalla complessità strutturale dell'organismo umano: si calcola che 10<sup>36</sup> molecole compongono un essere umano di corporatura media, organizzate in numerosissimi sottosistemi. Gli effetti prodotti dall'interazione dei sottosistemi sono il risultato, appunto, di interazioni e non semplicemente di sovrapposizioni, e pertanto non sono linearmente prevedibili.

Qualcosa di simile accade, ad esempio, in Economia, dove è possibile prevedere con buona approssimazione il comportamento futuro di un singolo titolo, ma non l'andamento complessivo della Borsa.

Il comportamento dei sistemi biologici è molto

LUIGI TONELLI\*, ANTONIO BAVAZZANO\*,  
GIORGIO MATTEI\*\*

\* Consiglio Sanitario Regionale, Regione Toscana

\*\* Centro Interdipartimentale di Ricerca “E. Piaggio”,  
Facoltà di Ingegneria, Università di Pisa

<sup>1</sup> Rockwood K et Al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 173(5), 489-495, 2005.

probabilmente quello di una rete. Attualmente si ritiene che le reti possano essere di due tipi principali: “democratiche” (“aleatorie” nel linguaggio tecnico) e “aristocratiche” (nel linguaggio tecnico “a invarianza di scala”).

Le reti “democratiche” sono composte da nodi con collegamenti casuali. Il numero di collegamenti per nodo segue una distribuzione di Poisson con il caratteristico andamento a campana. Ne consegue che la maggior parte dei nodi mostra approssimativamente lo stesso numero di collegamenti. Esempi di tali reti sono quelle autostradali, quelle elettriche e quelle telefoniche.

Le reti “aristocratiche”, invece, sono formate da pochi nodi importanti (gli “hub”), caratterizzati da un numero elevato di collegamenti, e da molti nodi di secondaria importanza con pochissimi collegamenti. A questa categoria di reti appartengono ad esempio Internet (che solo inizialmente era stato considerato una rete aleatoria), le reti sociali ed anche le interazioni intracellulari fra proteine. In questo specifico caso, si è visto che gran parte delle proteine interagisce con poche altre molecole e soltanto pochissime proteine interagiscono con quasi tutte le altre proteine.

In una rete aleatoria la perdita accidentale di alcuni nodi causa la frammentazione del sistema in parti isolate non comunicanti. Le reti “aristocratiche” sono invece caratterizzate da un livello di robustezza agli errori ed agli insulti esterni molto più alto, tanto che Internet potrebbe perdere l’80% dei nodi ed ancora funzionare incanalando le informazioni, attraverso gli “hub”, lungo percorsi alternativi. Queste reti sono, però, vulnerabili ad un attacco coordinato contro gli “hub”, tant’è che i nodi principali del Web, i “core routers”, sono caratterizzati da

ridondanza di componenti, robustezza costruttiva e alti livelli di protezione.

L’analogia tra l’organismo umano e la struttura di Internet è evidente tanto nell’inaspettata stabilità di alcuni soggetti anziani a guasti plurimi della normale fisiologia, quanto nella rapida cascata di guasti che, inaspettatamente, possono condurre rapidamente al decesso. Se, come sembra, le reti biologiche sono “a invarianza di scala”, è presumibile che esistano “hub” molecolari il cui indebolimento, nel tempo, è la causa principale della fragilità. La ricerca genetica di questi ultimi anni ha individuato vari potenziali “hub” - DAF-2, PIT-1, AMP-1, CLK-1, P66, SIR2 - che potrebbero influenzare la durata della vita e la resistenza allo stress. In particolare le proteine prodotte da SIR2 nel lievito sono in grado di reprimere l’instabilità del genoma che porta alla morte cellulare al termine di un numero limitato di divisioni. Sperimentalmente è stato verificato che inserendo nelle cellule copie extra di SIR2 la vita cellulare del lievito si allunga significativamente. Omologhi di SIR2 sono presenti anche negli organismi più complessi, come ad esempio il gene SIRT1, che codifica per la proteina Sirt1, la cui caduta sembra poter causare gravi instabilità della fisiologia normale.

In sintesi, il punto critico della fragilità è lo straordinario numero di variabili che intervengono a determinare l’aumento della vulnerabilità individuale, interagenti tra loro e con effetti spesso imprevedibili. La Scienza sembra indicare che il futuro potrà rendere più robusti, ridondanti e protetti alcuni “hub”, certamente quelli genetici, ma la fragilità dei sistemi biologici continuerà a permanere in ragione del principio di indeterminazione, caratteristica intrinseca del mondo subatomico.

#### 70 item di Fragilità del Canadian Study of Health and Aging (CSHA)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificazioni delle attività quotidiane</li> <li>• Problemi alla testa e al collo</li> <li>• Scarso tono muscolare del collo</li> <li>• Bradicinesia facciale</li> <li>• Difficoltà a vestirsi</li> <li>• Difficoltà a farsi il bagno</li> <li>• Difficoltà nella toeletta personale</li> <li>• Incontinenza urinaria</li> <li>• Difficoltà ad andare alla toilette</li> <li>• Senso di pesantezza</li> <li>• Problemi rettali</li> <li>• Problemi gastrointestinali</li> <li>• Difficoltà nelle attività di cucina</li> <li>• Difficoltà alla suzione</li> <li>• Problemi a uscire da solo</li> <li>• Motilità compromessa</li> <li>• Problemi muscoloscheletrici</li> <li>• Bradicinesia degli arti</li> <li>• Scarso tono muscolare degli arti</li> <li>• Scarso coordinamento degli arti</li> <li>• Scarso coordinamento del tronco</li> <li>• Stazione eretta precaria</li> <li>• Instabilità nella marcia</li> <li>• Cadute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disturbi dell’umore</li> <li>• Senso di tristezza</li> <li>• Storia di stati depressivi</li> <li>• Senso di spossatezza</li> <li>• Diagnosi clinica di Depressione</li> <li>• Disturbi del sonno</li> <li>• Costante Irrequietezza</li> <li>• Disturbi della Memoria</li> <li>• Indebolimento della memoria a breve termine</li> <li>• Indebolimento della memoria a lungo termine</li> <li>• Disturbi delle funzioni mentali generali</li> <li>• Deficit cognitivi iniziali</li> <li>• Intorpidimento psichico o delirium</li> <li>• Comportamenti paranoidi</li> <li>• Storia di disturbi cognitivi</li> <li>• Familiarità di disturbi cognitivi</li> <li>• Alterazione della sensibilità vibratoria</li> <li>• Tremore a riposo</li> <li>• Tremore posturale</li> <li>• Tremore intenzionale</li> <li>• Familiarità di malattie degenerative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisi epilettiche parziali complesse</li> <li>• Crisi epilettiche generalizzate</li> <li>• Sincope o svenimenti</li> <li>• Mal di testa</li> <li>• Problemi cerebrovascolari</li> <li>• Storia d’ictus</li> <li>• Storia di diabete mellito</li> <li>• Ipertensione arteriosa</li> <li>• Assenza di polsi periferici</li> <li>• Problemi cardiaci</li> <li>• Infarto del miocardio</li> <li>• Aritmia</li> <li>• Insufficienza cardiaca congestizia</li> <li>• Malattie polmonari</li> <li>• Problemi respiratori</li> <li>• Anamnesi di malattia della tiroide</li> <li>• Problemi alla tiroide</li> <li>• Problemi della pelle</li> <li>• Malattie maligne</li> <li>• Malattie del seno</li> <li>• Problemi addominali</li> <li>• Presenza di riflesso del muso</li> <li>• Presenza del riflesso palmomentoniero</li> <li>• Storia di altre patologie</li> </ul>
---	---	---

## Consiglio Sanitario Regionale

# Uno stile toscano: concertare con le professioni il governo della sanità

### Rinnovato il Consiglio Sanitario

**I**l Servizio Sanitario Toscano è considerato forse il migliore d'Italia. Molteplici condizioni hanno consentito questo risultato; la costante elaborazione di piani sanitari che indirizzano le scelte aziendali, il dimezzamento del numero degli ospedali e la costruzione di presidi moderni, infine la costante disponibilità alla concertazione con i professionisti e le loro associazioni.

L'idea di dare basi istituzionali alla concertazione nacque negli anni ottanta, subito dopo l'emanazione della legge di riforma; furono tentate diverse soluzioni fino a che, nel 1999, fu emanata un'apposita legge che istituiva il Consiglio Sanitario Regionale, successivamente perfezionato e ampliato insieme a molti altri organismi regionali che, complessivamente, hanno concretizzato il governo clinico della sanità toscana.

Il Consiglio sanitario è composto da 66 esperti di cui 43 designati dagli Ordini, Collegi e Associazioni professionali (di questi 28 designati dalla Federazione Toscana degli Ordini dei Medici, 1 dalla Commissione Regionale Odontoiatri), quattro direttori sanitari del sistema pubblico e due del privato più sedici membri designati dal Consiglio Regionale. Il Presidente è l'Assessore alla Sanità e il Vicepresidente operativo è il Presidente in carica della Federazione Toscana degli Ordini dei Medici.

Il Consiglio Sanitario ha un Ufficio di Presidenza composto dal Presidente, dal Vicepresidente, dal Direttore Generale del Dipartimento, da 8 membri eletti dall'Assemblea ed è articolato in Osservatori e Commissioni permanenti i cui coordinatori ne fanno parte di diritto. I seguenti Osservatori sono già costituiti: per la elaborazione delle linee guida, per l'emergenza e urgenza, per l'ospedale per intensità di cure, per le problematiche della fragilità e della demenza e, infine, quello sulle professioni. Le commissioni permanenti sono: per la lotta al dolore, per la qualità e la sicurezza, la commissione diabetologica e quella per la medicina di genere. Il Consiglio sanitario risponde ai pareri richiesti dal Dipartimento regionale mediante la costituzione di gruppi di lavoro a termine, ai quali vengono chiamati a far parte i migliori professionisti della disciplina interessata.

Ma la vera peculiarità del Consiglio Sanitario Toscano consiste nel fatto che il Vicepresidente e la massima parte dei componenti sono designati dalle associazioni professionali, il che ne garanti-

sce autonomia e indipendenza scientifica e tecnica. Questa è la vera novità toscana. È ovvio che in ogni Regione i professionisti sono consultati per gli aspetti tecnici delle decisioni, ma solo in Toscana la concertazione con le professioni è istituzionalizzata, permanente e indipendente.

Dopo undici anni di lavori, e al terzo rinnovo, possiamo dire che l'esperienza è assolutamente positiva ed è stata di esempio per tutti gli altri organismi regionali di governo clinico. La deontologia obbliga i professionisti a coniugare l'interesse del paziente con l'uso attento delle risorse e a tener sempre conto dell'appropriatezza clinica e gestionale per garantire l'efficacia delle cure e la sostenibilità del servizio. Dopo oltre dieci anni di attività, il Consiglio, che ha emanato finora oltre 400 pareri coinvolgendo oltre 3000 professionisti, ha dato sicuramente un forte contributo ai successi del Servizio Sanitario Regionale.

Un altro aspetto importante dell'attività del Consiglio Sanitario consiste nell'aver stimolato il senso di appartenenza dei professionisti al sistema pubblico. Il coinvolgimento decisionale dei professionisti fa sì che i pareri del Consiglio, trasferiti in atti amministrativi, siano percepiti come impegni condivisi. Quindi, pur nei limiti delle consuete resistenze al nuovo o delle gravi e pesanti difficoltà in cui operano tutti i professionisti della Sanità, non v'è dubbio che questa sperimentazione di governo clinico abbia ragionevolmente contribuito ad alleggerire diffidenze e incomprensioni. Vi è ancora da lavorare invece sulla connessione con altri settori del governo clinico tra cui particolarmente importante la Commissione Formazione e il Centro Regionale per la tutela del rischio clinico. Il lavoro svolto per regolamentare l'accreditamento delle strutture pubbliche e private e per la professionalizzazione e lo sviluppo delle competenze di alcune categorie rappresentano sicuramente un notevole passo avanti per il sistema toscano per quanto vi sia ancora molto da fare.

Un'altra conseguenza positiva di questa esperienza risiede nell'approccio collaborativo tra professionisti e amministratori, che ha contribuito a far maturare la consapevolezza che la Medicina moderna non sia più una vicenda individuale, anche se personale e irripetibile resta il rapporto umano con il paziente, ma si concretizzi in attività sempre più complesse che si svolgono in

percorsi assistenziali interprofessionali e interdisciplinari. Lavorare insieme, comunicare meglio, riconoscere una deontologia comune, sentirsi partecipi di un'impresa collettiva volta alla tutela della salute individuale e comunitaria, non è obiettivo del tutto raggiunto ma già ben individuato e compreso.

Al di là quindi dei risultati scientifici e tecnici conseguiti dal Consiglio sanitario Regionale si può affermare che il maggior successo di questa peculiare istituzione toscana sia rappresentato dal contributo offerto ad una crescita comune di tutti gli operatori del servizio sul piano della consapevolezza dei problemi della sanità e della mission delle aziende sanitarie. La stessa università ha svolto nel consiglio Sanitario un ruolo di primo piano sul versante della innovazione e della ricerca. Insomma l'obiettivo ambizioso è non solo di dimostrare la sostenibilità del servizio attraverso l'appropriatezza delle prestazioni cliniche e dell'organizzazione ma di far comprendere che la Sanità è un potente strumento di sviluppo scientifico e un motore economico attraverso lo sviluppo di tecnologie sulle quali le società investono per migliorare la qualità della vita dei cittadini.

In conclusione l'esperienza del governo clinico regionale toscano, pur nelle inevitabili difficoltà,

diffidenze e delusioni, rappresenta un pensiero forte su come gestire il servizio per ottenere i migliori risultati per i cittadini. La concertazione con le professioni dà impulso al senso di appartenenza degli operatori e offre una grande occasione per comprendere come la sanità rappresenti un paradigma sociale di civile convivenza e un importante snodo economico attraverso lo stimolo alla ricerca e all'innovazione. L'abitudine a conseguire l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni costringe professionisti e amministratori a riflettere continuamente sulle loro azioni seguendo linee guida, adottando percorsi assistenziali, tutelando la sicurezza del paziente, con un forte aggancio della deontologia e lo stimolo alla formazione continua e al lavoro interprofessionale, migliorando le competenze e le capacità di ogni operatore.

Il Consiglio Sanitario è nato per impulso della Federazione degli Ordini dei Medici cui la politica regionale ha dato sostegno e forza. Infatti compito di tutte le Associazioni professionali è proprio quello di tutelare la professione in tutti i suoi aspetti. Inserire i medici e tutti i professionisti sanitari nel processo decisionale, sempre più oggetto di appropriazione da parte di chi ha il mandato a gestire le risorse destinate alla sanità, rappre-

## Ufficio di Presidenza, per l'attuale legislatura, del Consiglio Sanitario Regionale

### Componenti:

- Presidente: Assessore al Diritto alla Salute, Ing. Daniela Scaramuccia;
- Vice Presidente: Presidente Federazione Regionale degli Ordini dei Medici, dr. Antonio Panti;
- Direttore Generale della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, dr.ssa Beatrice Sassi;
- dr.ssa Cristiana Baggiani;
- dr. Mario Barresi (responsabile organizzativo);
- dr.ssa Simona Dei;
- dr. Valerio Del Ministro;
- dr. Giuseppe Figlini;
- prof. Gian Franco Gensini;
- dr. Danilo Massai;
- dr.ssa Grazia Panigada.

### Osservatori:

- Osservatorio permanente sul sistema di emergenza-urgenza - coordinatore prof. Giancarlo Berni;
- Osservatorio permanente sull'ospedale per intensità di cura - coordinatore dr. Mario Cecchi;
- Osservatorio per le linee guida - coordinatore dr. Pierluigi Tosi;
- Osservatorio sulle problematiche della fragilità e dell'assistenza alle persone con demenza" - coordinatore dr. Antonio Bavazzano;
- Osservatorio delle Professioni -coordinatore dr.ssa Grazia Monti.

### Commissioni:

- Commissione regionale per le attività diabetologiche - presidente G. Landini;
- Commissione permanente per le problematiche di genere - responsabile dr.ssa Anna Maria Celesti;
- Commissione regionale di coordinamento per le azioni di lotta al dolore - coordinatore dr. A. Busotti;
- Commissione regionale per la qualità e sicurezza - coordinatore dr. Panti.

senta senz'altro la miglior tutela del ruolo e del prestigio degli operatori.

In un momento così drammatico per la sanità nazionale e toscana, di pesanti ristrettezze finanziarie, di prevista carenza di medici, di blocchi dei contratti e delle convezioni, di aumento della domanda e di incremento continuo dei costi, un organismo come il Consiglio Sanitario regionale, quasi completamente rinnovato e ringiovanito, può dare un contributo fondamentale per mante-

nere i livelli assistenziali, garantendo ai medici un ruolo rilevante nelle scelte programmatiche e nelle decisioni di governo. Quindi, ringraziando sinceramente tutti coloro che hanno finora collaborato col Consiglio, non si può che augurarsi che la partecipazione dei nuovi esperti designati dagli Ordini sia tale da far migliorare ancora i già buoni risultati della sanità toscana.

*Antonio Panti*

Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

Pr.	Cognome e nome	Qualifica	Designazioni
1	Agati Lario	Pres. Ordine Chimici della Toscana	Ordine Chimici della Toscana
3	Baccetti Sonia	Medico - Chirurgo (esperta Medicine Complementari)	Direzione Generale. Dipartimento Sanità Regionale
3	Baggiani Cristiana	Tecnico di radiologia medica	Coordinamento regionale Collegi Tecnici Radiologia Medica
4	Baldi Anna	Medico - Chirurgo (spec. Immunologia)	Consiglio Regionale
5	Baldi Simone	Fisioterapista	AIFI - Associazione italiana fisioterapisti della Toscana
6	Barresi Mario	Medico - Chirurgo (Fisiochinesiterapia)	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
7	Benvenuti Flaminio	Direttore U.F. Chirurgia Zona Alta Val D'Elsa	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
8	Bernini Massimo	Odontoiatra	CAO - Commissioni Albo Odontoiatri della Toscana
9	Bianchi Rossi Carlo Alberto	Oculista	Consiglio Regionale
10	Biasci Paolo	Pediatra	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
11	Brandi Elena	Assistente Sanitario	IPASVI - Coordinamento Regionale Infermieri e Assistenti Sanitari
12	Briani Silvia	Direttore Sanitario	Assessorato alla Salute
13	Buffi Carlo	Medico - Chirurgo (spec. Ostetricia e Ginecologia)	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
14	Carriero Giovanni	MMG	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
15	Cassi Riccardo	Medico - Chirurgo (spec. Chirurgia)	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
16	Celesti Anna Maria Ida	Medico - Chirurgo (spec. Ostetricia e Ginecologia)	Consiglio Regionale
17	Chiriconi Anna	Direttore Sanitario - Istituti Privati	Associazioni rappresentative Istituti Privati
18	Coletta David	MMG	Consiglio Regionale
19	Cricelli Fabio	Medico - Chirurgo (spec. Anestesia e rianimazione)	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
20	Cuccini Alberto	Responsabile DEU Asl 8 Arezzo	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
21	Dei Simona	Direttore Sanitario	Assessorato alla Salute
22	Del Ministro Valerio	Direttore Sanitario	Assessorato alla Salute
23	Di Giusto Maurizio	Seg.Reg.Ass.Prof.Tecnici Prev.Amb.e luoghi lavoro	UNPISI - Unione Nazionale personale ispettivo sanitario d'Italia - Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
24	Falaschi Fabio	Medico - Chirurgo (Radiologia diagnostica)	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
25	Figlini Giuseppe	Medico di Medicina Generale	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
26	Gabbani Luciano	Geriatra	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana

Pr.	Cognome e nome	Qualifica	Designazioni
27	Galantini Patrizia	Riabilitatrice	Consiglio Regionale
28	Gemmi Fabrizio	Direttore Sanitario	Assessorato alla Salute
29	Gensini Gian Franco	Preside Facoltà Medicina e Chirurgia Università di Firenze - Cardiologo	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
30	Giacomelli Andrea	Farmacista	Consulta regionale degli ordini dei farmacisti
31	Goretti Italo	Medico: Tecnico della prevenzione	Consiglio Regionale
32	Grechi Morando	Radiologo	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
33	Grifoni Stefano	Medico - Chirurgo - Direttore SODC Pronto Soccorso e Osservazione Breve	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
34	Landini Giancarlo	Direttore UOC Medicina Interna Ospedale Santa Maria Nuova	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
35	Macucci Lucia	Infermiera	Consiglio Regionale
36	Manzuoli Marcello	Medico - Chirurgo (spec. Medicina dello sport)	Consiglio Regionale
37	Margioni Marco	Medico - Chirurgo (Biochimica clinica)	Consiglio Regionale
38	Martelloni Massimo	Medico - Chirurgo (Medicina legale e delle assicurazioni)	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
39	Mascia Maria Rosa	Ostetrica	Coordinamento Regionale Collegi Ostetriche
40	Massai Danilo	Infermiere - Direttore Agenzia per la Formazione AUSL 11 Empoli	IPASVI - Coordinamento Regionale Infermieri e Assistenti Sanitari
41	Mencaglia Luca	Direttore Sanitario - Istituti Privati	Associazioni rappresentative Istituti Privati
42	Mencattini Enrico	Medico di Medicina Generale	Consiglio Regionale
43	Menchi Ilario	Direttore DAI Diagnostica per Immagini	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
44	Neglia Francesca	Psichiatra	Consiglio Regionale
45	Nozzoli Carlo	Direttore DAI Emergenza Accettazione Accoglienza Pronto Soccorso	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
46	Palermo Carlo	Medico - Chirurgo (spec. Medicina interna)	FTOM - Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
47	Panigada Grazia	Direttore UO Medicina Ospedale Pescia	FTOM - Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
48	Panti Antonio	Medico di Medicina Generale	Presidente FTOM - Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
49	Peris Adriano	Direttore SODC Anestesia e Rianimazione/DAI	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
50	Petrini Mario	Preside Facoltà Medicina e Chirurgia Università di Pisa	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
51	Petrioli Giuseppe	Medico - Chirurgo (spec. Medicina del lavoro - Igiene e medicina preventiva)	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
52	Petronio Maria Grazia	Medico - Chirurgo (spec. Nefrologia) - Direttore UOS Ambiente e Salute	Consiglio Regionale
53	Pini Chiara	Infermiera	Consiglio Regionale
54	Procopio Tamara	Presidente Collegio IPASVI Pistoia	IPASVI - Coordinamento Regionale Infermieri e Assistenti Sanitari
55	Rossolini Gian Maria	Preside Facoltà Medicina e Chirurgia Università di Siena	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
56	Salvi Giovanni	Veterinario	Federazione Regionale Veterinari
57	Scatizzi Marco	Direttore U.O. Chirurgia generale	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
58	Tognoni Claudia	MMG	Consiglio Regionale
59	Tomassetto Elena	Dietista	ANDID - Associazione Nazionale Dietisti
60	Torricelli Francesca	Biologa (spec. Genetica Medica)	Ordine Nazionale Biologi

Pr.	Cognome e nome	Qualifica	Designazioni
61	Ucci Mauro	MMG	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
62	Vanni Dino	Medico - Chirurgo (spec. Medicina interna e Endocrinologia)	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
63	Vannocchi Dante	Tecnico di laboratorio biomedico	Associazione Nazionale Tecnici di Laboratorio Biomedico
64	Vannoni Sandra	Psicologa	Ordine degli Psicologi della Toscana
65	Volpe Cosma Giovanni	Oculista	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana
66	Zammarchi Francesco	Informatico	Consiglio Regionale

## Parere sulla diagnosi e sul controllo del diabete gestazionale approvato dal CSR il 13.9.11 - Parere 40/2011

Il Consiglio Sanitario Regionale ha attivato la Commissione Regionale per le attività diabetologiche e il gruppo di lavoro multidisciplinare sulla gravidanza fisiologica per valutare l'opportunità di aggiornare il protocollo regionale delle prestazioni dedicate alla gravidanza fisiologica con specifico riferimento alle metodiche di screening e diagnosi del diabete gestazionale.

I professionisti coinvolti hanno proceduto pertanto alla valutazione dei seguenti documenti:

1) Raccomandazioni per lo screening e la diagnosi del GDM formulate il 27/3/2011 dalla Conferenza Nazionale di Consenso" di cui al parere CSR n. 50/2010;

2) Linea Guida per la gravidanza fisiologica formulate dall'Istituto Superiore di Sanità e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18 gennaio 2011.

3) Raccomandazioni per lo screening e la diagnosi del diabete gestazionale di cui all'Aggiornamento 2011 della Linea Guida ISS per la per

la gravidanza fisiologica approvate dal panel della Linea Guida, Associazione medici diabetologi (AMD) e Società italiana di diabetologia (SID).

Tenuto conto dei documenti sopra elencati, della recente letteratura nonché delle valutazioni della Commissione diabetologica e del gruppo di lavoro CSR sulla gravidanza fisiologica, il CSR propone di:

a) aggiornare il protocollo regionale per la diagnosi e lo screening del diabete gestazionale secondo l'allegato A che corrisponde al documento di cui al precedente punto 3;

b) divulgare le opportune raccomandazioni per la corretta esecuzione del test di cui all'allegato B e condiviso dai gruppi attivati;

c) formulare raccomandazioni condivise in un gruppo di lavoro multidisciplinare per il follow up delle pazienti e per un opportuno monitoraggio del percorso diagnostico-assistenziale.

### Allegato A

#### Protocollo per lo screening e la diagnosi del Diabete Gestazionale

1. Al primo appuntamento in gravidanza, a tutte le donne che non riportano determinazioni precedenti, va offerta la determinazione della glicemia plasmatica per identificare le donne con diabete preesistente alla gravidanza. Sono definite affette da diabete preesistente alla gravidanza le donne con valori di glicemia plasmatica a digiuno  $\geq 126$  mg/dl (7,0 mmol/l), di glicemia plasmatica *random*  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l), di HbA1c (standardizzata ed eseguita entro le 12 settimane)  $\geq 6,5\%$ . Indipendentemente dalla modalità utilizzata, è necessario che risultati superiori alla norma siano confermati in un secondo prelievo.

2. Nelle donne con gravidanza fisiologica è raccomandato lo screening per il diabete gestazionale, eseguito utilizzando fattori di rischio definiti.

A 16-18 settimane di età gestazionale, alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- diabete gestazionale in una gravidanza precedente;
- indice di massa corporea (IMC) pregravidico  $\geq 30$ ;
- riscontro, precedentemente o all'inizio della gravidanza, di valori di glicemia plasmatici compresi fra 100 e 125 mg/dl (5,6-6,9

mmol/l) deve essere offerta una curva da carico con 75 g di glucosio (OGTT 75 g) e un ulteriore OGTT 75 g a 28 settimane di età gestazionale, se la prima determinazione è risultata normale.

Sono definite affette da diabete gestazionale le donne con uno o più valori di glicemia plasmatica superiori alle soglie riportate nella Tabella 1.

A 24-28 settimane di età gestazionale, alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- età  $\geq 35$  anni;
- indice di massa corporea (IMC) pregravidico  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>;
- macrosomia fetale in una gravidanza precedente ( $\geq 4,5$  kg);
- diabete gestazionale in una gravidanza precedente (anche se con determinazione normale a 16-18 settimane);
- anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete tipo 2);
- famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete: Asia meridionale (in particolare India, Pakistan, Bangladesh), Caraibi (per la popolazione di origine africana), Medio Oriente (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto) deve essere offerto un OGTT 75 g.

Sono definite affette da diabete gestazionale le donne con uno o più valori di glicemia plasmatica superiori alle soglie riportate nella Tabella 1.

3. Per lo screening del diabete gestazionale non devono essere utilizzati la glicemia plasmatici a digiuno, glicemie *random*, *glucose challenge test* (GCT) o minicurva, glicosuria, OGTT 100 g.

4. I professionisti devono informare le donne in gravidanza che:

- nella maggioranza delle donne il diabete gestazionale viene controllato da modifiche della dieta e dall'attività fisica;
- se dieta e attività fisica non sono sufficienti per controllare il diabete gestazionale, è necessario assumere insulina; questa condizione si verifica in una percentuale compresa fra il 10% e il 20% delle donne;
- se il diabete gestazionale non viene controllato, c'è il rischio di un'aumentata frequenza di complicazioni della gravidanza e del parto, come pre-eclampsia e distocia di spalla;
- la diagnosi di diabete gestazionale è associata a un potenziale incremento negli interventi di monitoraggio e assistenziali in gravidanza e durante il parto;
- le donne con diabete gestazionale hanno un rischio aumentato, difficile da quantificare, di sviluppare un diabete tipo 2, in particolare nei primi 5 anni dopo il parto.

5. Alle donne cui è stato diagnosticato un diabete gestazionale deve essere offerto un OGTT 75 g non prima che siano trascorse 6 settimane dal parto.

**Tabella 1** - Criteri per la diagnosi di GDM con OGT 75 g glicemia plasmatica mg/dl mmol/l

Glicemia plasmatica	Mg/dl	Mmol/l
digiuno	$\geq 92$	$\geq 5,1$
dopo 1 ora	$\geq 180$	$\geq 10,0$
dopo 2 ore	$\geq 153$	$\geq 8,5$

## Allegato B

### Raccomandazioni per la corretta esecuzione del test

a) Nei tre giorni precedenti l'esame le donne devono alimentarsi normalmente, senza restrizioni particolari, specie per quanto riguarda la quota dei carboidrati (almeno 150 g/die);

b) l'esame si esegue al mattino, preferibilmente dopo almeno 8 ore di distanza dall'ultimo pasto;

c) durante l'esame le donne devono stare sedute e non fumare;

d) la somministrazione del glucosio deve avvenire mediante una soluzione al 25% (75 grammi di glucosio anidro sciolti in 300 cc di acqua);

e) i prelievi venosi devono essere eseguiti al tempo 0' (prima del carico) e a 60' e 120' dopo il carico;

f) il dosaggio della glicemia si effettua su plasma.

# Le ustioni in età pediatrica



Simone Pancani, specialista in Chirurgia Pediatrica e Chirurgia Plastica, è Dirigente medico presso la SODs Chirurgia Plastica e Centro Ustioni (Dipartimento di Pediatria Chirurgica) dell'AOU "Meyer" di Firenze. È membro della Società Italiana delle Ustioni, dell'International Society for Burn Injury, dell'European Burn Association e dell'European Club for Pediatric Burns.

**L**e ustioni sono una tra le cause più frequenti di ricovero per incidente grave in età pediatrica e in particolare nelle età più piccole.

L'ustione grave è una patologia molto complessa che non si limita al danno della cute, ma coinvolge tutto l'organismo ponendo spesso in pericolo la vita dell'infortunato. La cura delle ustioni ha presentato, a partire dagli ultimi decenni, una continua evoluzione che ha portato a conquiste sempre più importanti con la conseguenza di riuscire a salvare dalla morte un numero sempre più cospicuo di pazienti e, nello stesso tempo, di offrire ai sopravvissuti una qualità di vita certamente migliore.

Già da tempo in tutto il mondo ai pazienti gravemente ustionati è stata riconosciuta la necessità di ricovero in Centri ad alta specializzazione a loro dedicati chiamati appunto Centri Grandi Ustionati.

Anche in età pediatrica, il trattamento moderno di questi delicatissimi pazienti deve essere affidato ad un pool di sanitari esperti nella cura di bambini con patologie complesse. Nel piccolo con ustione, infatti, pur essendo uguali all'adulto i principi fondamentali di trattamento, esistono alcune condizioni fisiopatologiche particolari legate all'età che non lo possono fare considerare solo un "piccolo adulto". Infatti, non solo le minori dimensioni corporee, ma molte altre importanti caratteristiche proprie del bambino lo rendono

no un paziente del tutto particolare e maggiormente quanto più bassa è l'età.

Per tale motivo i bambini ustionati, analogamente agli adulti, dovrebbero essere ricoverati in Unità Operative Pediatriche con una Sezione loro dedicata o in veri e propri Centri Ustione Pediatrici.

Presso l'AOU "Meyer" di Firenze le ustioni pediatriche, condizioni cliniche di pertinenza naturalmente chirurgica, vengono seguite fin dal 1954 ed oggi questi particolarissimi pazienti vi possono finalmente trovare le strutture e tutte le competenze

multidisciplinari (chirurghi, pediatri, anestesisti-rianimatori, infettivologi, nutrizionisti, terapisti del dolore, fisioterapisti, assistenti sociali, perso-

nale infermieristico dedicato) in grado di offrire globalmente il migliore approccio terapeutico possibile. A Firenze è infatti attivo uno dei pochissimi Centri Ustione, esistenti oggi in Italia, esclusivamente dedicato ai bambini.

## Che cosa fare e cosa non fare in caso di ustione

### a) Che cosa fare

Il soccorso deve mirare a tre obiettivi principali:

#### 1) limitare il più possibile la lesione cutanea:

a) Allontanando l'agente ustionante.

SIMONE PANCANI, ENRICO PINZAUTI,  
FEDERICA D'ASTA, ANTONIO MESSINEO  
SODs Chirurgia Plastica e Centro Ustioni  
Dipartimento di Pediatria Chirurgica (Dir. Prof. A. Messineo)  
AOU "Meyer" - Firenze

## I gradi dell'ustione secondo la profondità

	USTIONE 1° GRADO	USTIONE 2° GRADO SUPERFICIALE	USTIONE 2° GRADO PROFONDA	USTIONE 3° GRADO
<b>STRUTTURE LESE</b>	strato superficiale epidermide	epidermide, derma in parte, annessi cutanei in parte	epidermide, derma + annessi cutanei in toto (o quasi)	cute a tutto spessore, annessi cutanei (tutti), strutture sottostanti (talvolta)
<b>CARATTERI MACROSCOPICI</b>	cute arrossata ed edematosa	flittene, edema tissutale, fondo roseo-rossastro	flittene spesso rotte, edema tissutale, fondo rosso-biancastro mazzato	flittene spesso rotte, escara secca, scura oppure escara umida, molle, grigiastra, edema tissutale
<b>SINTOMI PRINCIPALI</b>	dolore intenso, calore	dolore intenso, calore, sete e contrazione diuresi (se ustione estesa)	dolore intenso / ipoalgia, calore, sete intensa, contrazione diuresi (se ustione estesa)	dolore solo periferico, sete, contrazione diuresi (se ustione estesa)
<b>PROGNOSI</b>	guarigione spontanea in 2-3 gg <b>senza complicazioni</b>	guarigione spontanea in 7-14 giorni <b>senza cicatrici</b>	guarigione spontanea in più di 14 giorni <b>senza/con cicatrici</b>	guarigione spontanea molto lunga <b>con gravi cicatrici</b>

b) Raffreddando subito tutta l'area ustionata.

c) Proteggendo le aree lese.

**2) Predisporre**, nei casi indicati, **un celere e sicuro trasporto dell'infortunato al più vicino presidio ospedaliero**, meglio se specializzato.

**3) Iniziare tempestivamente**, quando necessario anche sul luogo stesso dell'incidente, **il trattamento rianimativo e la sedazione del dolore**.

### Come allontanare l'agente ustionante

a) Spegnendo le fiamme in caso d'incendio degli indumenti. Il bambino deve essere gettato a terra e le fiamme devono essere soffocate con una coperta o con indumenti di tessuto non infiammabile. Lo spegnimento deve essere seguito poi subito dalla rimozione del vestiario a meno che esso non sia tenacemente attaccato alla cute.

b) Rimuovendo subito tutti i vestiti in caso di ustione da liquidi bollenti o da sostanze chimiche liquide. Il bambino deve essere spogliato completamente perché le ustioni di alcune aree potrebbero essere scoperte in ritardo. Se non si rimuovono i vestiti, la cute viene sottoposta a un prolungato impacco bollente o caustico con il rapido aggravamento delle lesioni cutanee.

c) Allontanando gli oggetti caldi o roventi e la corrente elettrica dalla cute. Molto spesso la cute sottile e delicata del bambino rimane attaccata alla fonte di calore. In caso di folgorazione, se persiste il contatto con la fonte di energia, il soccorritore non deve toccare il bambino se non è stata tolta la corrente. In alternativa deve usare del materiale non conduttore.

d) Irrigando con acqua corrente in modo prolungato l'area ustionata in caso di ustione chimica dopo aver rimosso i vestiti. Tale manovra deve durare almeno 30 minuti in caso di ustione da sostanze chimiche acide e 60 minuti in quella da sostanze chimiche alcaline.

e) Allontanando la vittima dall'ambiente chiuso dove si fosse sviluppato un incendio per impedire la comparsa di lesioni alle vie respiratorie da fumi e vapori bollenti e per impedire l'intossicazione da monossido di carbonio che può essere più pericolosa del calore per la vita dell'infortunato.

### Come raffreddare l'area ustionata

Con acqua fredda del rubinetto per circa 20 minuti: ciò riduce il danno che si produce propagandosi il calore in profondità. Infatti, il processo ustionante si protrae nei tessuti ben più a lungo del tempo di contatto dell'agente termico con la cute.

Il raffreddamento può essere attuato anche applicando pezze fredde sull'area ustionata. Spesso nelle ustioni limitate viene usato il ghiaccio al posto dell'acqua: tale manovra può essere pericolosa perché il contatto troppo prolungato del ghiaccio con la cute delicata del bambino può, a sua volta, danneggiare i tessuti. Il raffreddamento deve essere comunque effettuato, anche se iniziato in ritardo, perché ancora efficace seppure se in grado minore.

Solo nel caso di ustione estesa il raffreddamento non deve durare più di cinque minuti per non causare un pericoloso stato di ipotermia.

### Come proteggere l'area ustionata

La protezione può essere attuata con materiale sterile di medicazione o anche, in caso di lesioni estese, mediante l'utilizzo di biancheria pulita, generalmente di più facile reperimento in casa. Lo scopo è di evitare la contaminazione esterna delle zone ustionate.

### b) Che cosa non fare

1) non bucare o asportare le fiattine causate dall'ustione perché così si produce dolore e si aumenta il rischio infettivo;

2) non applicare oli, unguenti, creme o altre sostanze, come per esempio il dentifricio, che non solo non raffreddano i tessuti ma possono invece infettare le aree lese;

3) non applicare il ghiaccio direttamente sulla zona ustionata, ma con l'interposizione di un panno pulito e con prudenza per non creare ulteriori lesioni da bassa temperatura

4) non raffreddare più di 5 minuti una lesione molto estesa per non creare un eccessivo raffreddamento corporeo.

5) Qualora si pensi di condurre il piccolo al Pronto Soccorso non applicare antisettici colorati perché essi possono impedire una precisa valutazione della estensione delle lesioni

### Ricorda che

1) l'ustionato serio all'inizio può ingannevolmente apparire non grave, anche se agitato e in preda a forte dolore;

2) l'ustione è tanto più grave quanto più è estesa;

3) l'ustione a parità di estensione è tanto più grave quanto più è profonda;



Ustione di I grado

4) l'ustione sarà tanto più profonda quanto più a lungo l'agente ustionato rimane/è rimasto a contatto dei tessuti;

5) l'ustione a parità di estensione e profondità è tanto più grave quanto più giovane è l'infortunato;

6) di fronte ad un ustionato non ci si deve mai porre la domanda se sia o non sia grave, essendo ciò assai difficile da stabilire nelle prime fasi dopo l'infortunio, si deve invece attuare subito il primo soccorso;

7) il trattamento principale è costituito dal raffreddamento immediato della superficie ustionata (fanno eccezione le ustioni elettriche) possibilmente con l'acqua corrente del rubinetto che generalmente è il mezzo più idoneo e più facilmente reperibile;

8) il raffreddamento della cute ustionata va iniziato prima possibile dopo l'incidente; ciò è valido anche in caso di ustioni limitate, perché i minuti iniziali sono fondamentali per limitare la profondità delle lesioni e talvolta anche per salvare la vita dell'infortunato;

9) il raffreddamento va effettuato con acqua a temperatura ambiente;

10) il raffreddamento va protratto per almeno 20 minuti (tranne in caso di ustioni molto estese soprattutto in bambini molto piccoli);

11) in caso di ustioni da liquidi bollenti vanno rimossi tutti gli indumenti per eliminare il prima possibile l'impacco di calore a contatto con la cute, causa importante di peggioramento della lesione;

12) in caso di ustione da sostanze chimiche l'acqua non solo serve a raffreddare l'area, ma anche a lavarla in modo da rimuovere il più rapidamente possibile la sostanza chimica.

### Alcuni consigli per la prevenzione delle ustioni pediatriche

- Far giocare i bambini in luoghi dove ragionevolmente non vi siano possibilità di rischio.

- Non far usare al piccolo il girello o altrimenti tenere il bambino sotto stretta sorveglianza quando lo usa. Il girello dà all'adulto un falso senso di sicurezza, mentre il bambino ha la piena libertà di raggiungere qualsiasi pericolo!

- Usare tovaglie che non sporgano dal margine della tavola perché il bambino piccolo le può tirare rovesciandosi ciò che vi è posto sopra.

- Regolare lo scaldabagno ad una temperatura massima di 50°.

- Installare preferibilmente dispositivi che permettano l'uscita dell'acqua calda già miscelata con quella fredda.

- Usare recipienti difficilmente rovesciabili.

- Non lasciare recipienti con liquidi bollenti alla portata dei bambini e comunque vicini ai bordi dei mobili.

- Non servire ai bambini liquidi caldi finché un sorvegliante non sia loro accanto.

- Non lasciare recipienti con acqua calda o il ferro da stiro appena usato per terra: sono oggetti che attirano la curiosità dei bambini.

- Usare il ferro da stiro con attenzione tenendo lontani i bambini.



*Ustione di II grado superficiale.*

- Installare sempre il dispositivo "salvavita" ed usare prese di corrente di sicurezza ben fissate alla parete in modo che il bambino non le stacchi.

- Evitare l'uso di prolunghe elettriche.

- Controllare periodicamente l'integrità di fili elettrici e prese elettriche e la funzionalità del dispositivo "salvavita".

- Non tenere i cordoni elettrici degli elettrodomestici alla portata dei bambini o usare, possibilmente, elettrodomestici corredati di cordoni a scomparsa.

- Proteggere il bambino dal contatto con stufe ed ogni altra fonte di calore per il riscaldamento.

- Mettere una efficiente barriera intorno al caminetto.

- Usare indumenti con tessuti non infiammabili.

- Tenere fiammiferi ed accendini al di fuori della portata del bambino.

- Non spruzzare liquidi infiammabili sul fuoco, questa è una delle imprudenze più gravi anche per gli adulti: vederlo fare insegna al piccolo un gioco molto attraente, ma spesso anche tragico!

- Fare usare con estrema prudenza petardi e fuochi artificiali sicuri e consentiti e solo in presenza di adulti.

### Bibliografia

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

TM



*Ustione di III grado.*



Neri Pucci, specialista in Pediatria, Allergologia e Immunologia Clinica; dirigente medico all'ospedale "A.Meyer" di Firenze lavora presso il Centro di Allergologia. Si occupa di dermatite atopica, allergie alimentari e congiuntiviti croniche. Fa parte della Commissione Diagnostica della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica. Autore di pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali.

# Diagnosi e terapia della cheratocongiuntivite Vernal

## Un'eccellenza del Meyer

### DEFINIZIONE E PATOGENESI

La cheratocongiuntivite Vernal (VKC) è inquadrata tra le congiuntiviti allergiche croniche. È una affezione cronica bilaterale spesso severa e a rischio di esiti permanenti a causa sia della patologia stessa che della necessità di trattamenti prolungati con cortisonici. Il termine cheratocongiuntivite implica un possibile coinvolgimento della cornea con conseguente compromissione del visus; "Vernal" significa letteralmente: "primaverile", termine che indica il momento della riacutizzazione clinica e non il periodo esclusivo in cui si manifesta la sintomatologia. Nel corso degli anni, a partire dai primi casi osservati nel 1998 abbiamo registrato un costante e notevole incremento dei casi di cheratocongiuntivite Vernal dato sorprendente per una malattia "rara" come la VKC [la stima è di 3,2 casi su 10.000 nell'Unione Europea, quando la definizione di malattia rara è di <1 caso su 10.000].

La VKC inizia a manifestarsi nella prima decade di vita, solitamente non prima dei 3 anni e tende a risolversi spontaneamente dopo la pubertà, alla fine della seconda decade. Il sesso maschile è interessato prevalentemente, con un rapporto di 2-3/1 nelle varie casistiche.

La patologia ha un andamento stagionale nella maggior parte dei casi, comparando i primi sintomi nel periodo primaverile e regredendo nel pe-

riodo autunnale.

La eziologia della VKC è sconosciuta. Una sensibilizzazione ai comuni allergeni inalanti e alimentari si riscontra in circa il 30-35% dei casi. Un fattore eziologico talora proposto è costituito dalla radiazione luminosa, specie quella UV.

### MANIFESTAZIONI CLINICHE

Le manifestazioni soggettive sono prurito oculare, lacrimazione, fotofobia, bruciore, sensazione di corpo estraneo con intensità variabile; se la fotofobia è molto intensa, è necessario escludere una lesione della cornea. All'acme delle manifestazioni cliniche il difficoltoso adattamento alla luce al risveglio, al soggiorno in zone innestate, alla esposizione a fonti di luce alogena (neon) e artificiale come nel caso dello schermo del computer o del televisore.

I segni oculari sono (Figure 1,2,3,4).

Le papille giganti e gli infiltrati al limbus sono patognomonici e definiscono con la loro presenza 3 varianti di VKC: tarsale, bulbare e mista.

### COMPLICANZE

La flogosi congiuntivale cronica determina un aumento della fragilità dei tessuti oculari di superficie: cheratite puntata, abrasioni corneali e franche ulcere corneali (a scudo) possono osservarsi non di rado nel decorso, specie nei periodi di maggior intensità della sintomatologia.

L'impiego prolungato di corticosteroidi può

NERI PUCCI<sup>1</sup>, SARA TUCCI<sup>1</sup>, LAURA DI GRANDE<sup>1</sup>,  
CINZIA DE LIBERO<sup>2</sup>, ROBERTO CAPUTO<sup>2</sup>,  
ANNA MARIA CALVANI<sup>3</sup>, LORENA DI SIMONE<sup>3</sup>,  
ELIO NOVEMBRE<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro di Allergologia, AOU "A.Meyer", Firenze

<sup>2</sup> UO di Oftalmologia, AOU "A.Meyer", Firenze

<sup>3</sup> Servizio Farmaceutico, AOU "A.Meyer", Firenze



**Figura 1** - La iperemia congiuntivale.



**Figura 2** - la ipertrofia papillare, visibile nella congiuntiva tarsale, caratterizzata da piccole papille.



**Figura 3** - le papille giganti, di diametro da 3 a oltre 6mm, presenti sulla congiuntiva tarsale superiore.



**Figura 4** - le papille nella regione del limbus.

determinare aumento della pressione oculare, glaucoma, cataratta. Si possono inoltre manifestare altri esiti permanenti come cicatrici corneali da ulcere non esitate a restituito, cheratocono, astigmatismo, esiti cicatriziali da superinfezioni .

### LA DIAGNOSI DI VKC

Il sospetto diagnostico si basa su:

- 1) l'età all'esordio (3-8 anni);
- 2) l'andamento tipicamente stagionale primaverile-estivo;
- 3) La insensibilità ai comuni trattamenti anti-allergici, specie agli antistaminici, sia per via oculare che per via generale;
- 4) La conseguente dipendenza da trattamenti che utilizzano corticosteroidi, unici farmaci in grado di produrre benefici.

La certezza della diagnosi deriva dalla valutazione obiettiva da parte di un oculista esperto che consentirà di evidenziare papille giganti tarsali e/o papille al limbus.

L'ospedale Meyer di Firenze rappresenta un punto di riferimento e di eccellenza a livello nazionale sia per la diagnosi e la terapia della VKC che per il suo studio. Il centro di allergologia dell'ospedale ha raccolto la più ampia casistica conosciuta di pazienti con VKC: negli ultimi 5 anni (dal 2006 al 2010) sono stati seguiti con uno stretto follow-up più di 800 pazienti. In tabella 1 sono riportati i dati essenziali della casistica (Tabella 1).

### TERAPIA

I nostri pazienti vengono trattati con ciclosporina in soluzione oculare, farmaco non registrato per questa patologia ed off label anche come formulazione. I preparati cortisonici per uso topico si possono impiegare per cicli brevi (7-10 giorni) ri-

petibili non più di 3-4 volte l'anno a causa dei noti effetti collaterali (ipertensione oculare, glaucoma, cataratta

La ciclosporina per via oculare è stata impiegata in trials in doppio cieco contro placebo mostrando una efficacia notevole in forme da moderate a severe di VKC, in assenza di reazioni avverse significative.

Dal 1998 abbiamo trattato con preparazioni di ciclosporina per via oculare oltre 1000 pazienti per periodi variabili. Il trattamento viene proposto attraverso la somministrazione di un consenso informato scritto, contenente esaurienti spiegazioni circa i benefici e i rischi reali e potenziali. A differenza dei corticosteroidi, la ciclosporina non provoca alterazioni del cristallino e non aumenta la pressione oculare; inoltre non è assorbita attraverso la congiuntiva come documentato dal fatto che i livelli ematici sono sostanzialmente indosabili in questi pazienti. Abbiamo recentemente pubblicato i dati sull'efficacia e la sicurezza a lungo termine di questo trattamento.

Le preparazioni usate sono quella in olio di oliva al 2% e quella in lacrime artificiali all'1%; la posologia varia da 1 goccia per occhio 2 volte al giorno a 1 goccia per occhio 4 volte al giorno.

Nella nostra esperienza una percentuale di pazienti variabile dal 10 al 15% si mostra sostanzialmente resistente al trattamento con ciclosporina. In questi bambini stiamo utilizzando una preparazione di Tacrolimus per via oculare con risultati molto buoni nell'ambito di una sperimentazione promossa dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

### Bibliografia

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

**TM**

**Tabella 1** - Le principali caratteristiche della popolazione in esame.

Totale pazienti	800
Maschi/femmine ( percentuale )	76,9% / 23,1%
Età alla diagnosi (media+/- deviazione standard)	8 anni +/- 4 anni
Tarsale/Bulbare/Mista	63%, 23%, 14%
Stagionale/Perenne	88%, 12%
Atopia	30% non atopici, 70% atopici



Liliana Mereu, Responsabile Dipartimento di Ginecologia del Centro Oncologico Fiorentino. Attività: Oncologia ginecologica, Chirurgia minimamente invasiva, Laparoscopia, Robotica.

# Chirurgia mini-invasiva in ginecologia

## Introduzione

La chirurgia mini-invasiva indica un tipo di chirurgia eseguita attraverso una minima incisione cutanea, una cavità naturale o un orifizio anatomico.

Punti fondamentali della chirurgia mini-invasiva sono l'utilizzo di sistemi di imaging e strumenti chirurgici miniaturizzati introdotti attraverso piccole incisioni cutanee o orifici naturali. L'obiettivo è minimizzare la morbilità chirurgica massimizzando il successo terapeutico anche per interventi complessi.

## Isteroscopia operativa

L'isteroscopia è il gold standard per la diagnosi ed il trattamento di molte patologie uterine (vedi Tabella 1). Da giugno 2010 a marzo 2011 presso il Centro Oncologico Fiorentino sono state eseguite 185 isteroscopie: 17 (9,7%) isteroscopie diagnostiche e 167 (90,3%) isteroscopie operative utilizzando resettoscopio 22 CH a flusso continuo, con energia bipolare ad alta frequenza.

## Laparoscopia

La laparoscopia rappresenta una via d'accesso diversa per realizzare interventi chirurgici ben codificati in chirurgia tradizionale riducendo mortalità e morbilità post operatorie, costi sociali ed economici legati all'intervento, dolore post-operatorio, degenza e complicanze.

La possibilità di introdurre strumenti differenti attraverso piccole incisioni cutanee, ha portato alla diffusione della laparoscopia operativa per il trattamento di patologie chirurgiche complesse e oncologiche. Da giugno 2010 a marzo 2011 presso il Centro Oncologico Fiorentino sono state eseguite 264 laparoscopie: 226 (85,6%) operative e 38 (14,4%) diagnostiche.

## Nuove frontiere della chirurgia mini-invasiva

L'innovazione si sviluppa intorno a due concetti: la riduzione della dimensione degli accessi laparoscopici (minilaparoscopia) e del numero di accessi (laparoscopia a singolo accesso transcutaneo).

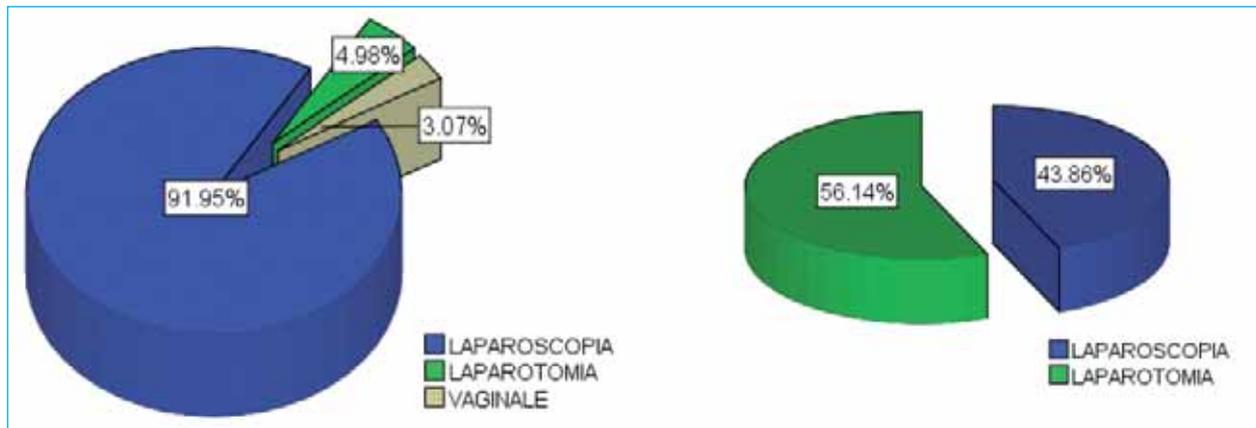
LILIANA MEREU<sup>1</sup>, GIADA CARRI<sup>1,2</sup>,  
EDMUNDO DANIEL ALBIS FLOREZ<sup>1</sup>,  
LUCA MENCAGLIA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Oncologico Fiorentino, Sesto Fiorentino

<sup>2</sup> Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

**Tabella.1** - Nuove indicazioni all'isteroscopia operativa ambulatoriale (Tratto da Di Spiezio Sardo A, et al. 2010).

Source	Study design	Office hysteroscopic procedure	No. of patients	Outcomes evaluated		
				Success rate	Patient discomfort	Complication rate
Ubeda et al [19]	Prospective trial	Tubal sterilization	85	X	X	X
Lita et al [20]	Prospective trial	Tubal sterilization	36	X	X	X
Delphi Ventures [18]	Prospective phase III trial	Tubal sterilization	612	X	NE	X
Duffy et al [21]	Prospective comparative trial	Tubal sterilization	89	X	X	X
Nichols et al [22]	Prospective comparative trial	Tubal sterilization	320	X	NE	X
Levie and Chudnoff [23]	Prospective trial (Canadian Task Force classification II-3)	Tubal sterilization	102	X	NE	X
Mino et al [24]	Prospective trial	Tubal sterilization	857	X	X	X
Arjona et al [25]	Prospective trial	Tubal sterilization	1630	X	X	NE
Bettocchi et al [16]	Prospective trial (Canadian Task Force classification III)	Metroplasty	260	X	X	X
Mijatovic et al [26]	Prospective trial	Tubal sterilization	10	X	NE	X
Cicinelli et al [27]	Case report	Diagnosis and treatment of Endocervical ossification	1	X	X	X
Di Spiezio Sardo et al [28]	Case report	Emptying of hematometra	1	X	X	X
Di Spiezio Sardo et al [29]	Case report	Resection of vaginal septum	1	X	X	X
Di Spiezio Sardo et al [30]	Case report	Emptying of cystic degenerated leiomyoma	1	X	X	X
Pontrelli et al [31]	Case report	Ablation of cervical stump	1	X	X	X
Guida et al [32]	Case report	Resection of vaginal fibroepithelial polyp	1	X	X	X
Di Spiezio et al [33]	Case report	Diagnosis of vaginal endometriosis	1	X	NE	NE
Bettocchi et al [34]	Case series	Removal of uterovaginal packing	2	X	X	X



**Figura 1** - Casistica operatoria presso il Centro Oncologico Fiorentino. A) Accesso chirurgico per patologie benigne. B) Accesso chirurgico per patologie maligne.

neo e chirurgia endoscopica transluminale). Nonostante siano tecniche nuove, in letteratura sono descritti numerosi interventi, con grande confusione per quanto riguarda la nomenclatura.

### Minilaparoscopia

La minilaparoscopia senza anestesia generale è una procedura potenzialmente in grado di dare una diagnosi accurata e tempestiva nei pazienti con dolore addominale acuto. Grazie a laparoscopi e strumenti di calibro minore (2 mm) e una combinazione di anestesia locale e sedazione è possibile la mappatura cosciente del dolore nelle pazienti con endometriosi.

### Natural Orifice Trans-luminal Endoscopic Surgery (NOTES)

Letteralmente chirurgia endoscopica transluminale attraverso un orifizio naturale, indica una procedura chirurgica eseguita mediante endoscopio introdotto attraverso un orifizio naturale (nari, bocca, vagina, uretra e ano) che accede al peritoneo perforando un viscere cavo (esofago, stomaco, vagina, vescica e colon) (vedi Tabella 2). Oltre alla tecnica NOTES pura, esistono tecniche combinate (più accessi NOTES) e ibride (accesso NOTES e laparoscopico), anche abbinate a chirurgia robotica.

I vantaggi comprendono la riduzione di infezioni del sito chirurgico, ernie, aderenze post-ope-

**Tabella.2** - Interventi chirurgici eseguiti con tecniche NOTES

Autore	Anno	Paziente	Età	Procedura	Accesso	Complicanze	Durata del ricovero
Tsin et al.	2007	100 femmine	NA	Varie	Transvaginale e transgastrico	Febbre dopo asportazione di cisti ovarica	NA
Gettman et al.	2007	1 maschio	56	Peritoneoscopia	Transvescicale	-	1 giorni
Park et al.	2007	17 femmine	NA	Rimozione di 4 stent e sostituzione di 34 stent utererali	Transureterale	-	NA
Marescaux et al.	2007	1 femmina	30	Colecistectomia	Transvaginale	-	2 giorni
Branco et al.	2007	1 femmina	23	Nefrectomia	Transvaginale	-	12 ore
Zornig et al.	2007	1 femmina	NA	Colecistectomia	Transvaginale e transombelicale	-	3 giorni
Hazey et al.	2008	10 casi	Media 67.6	Peritoneoscopia	Transgastrica	1 sanguinamento retroperitoneale in I giornata; 1 deiscenza della ferita in XII giornata	NA
Palanivelu et al.	2008	3 femmine	Media 29.5	Appendicectomia	2 assistite laparoscopicamente e 1 totalmente endoscopica; transvaginale	1 emorragia arteria appendicolare; 2 dispareunia	NA
Marks et al.	2007	1 maschio	70	PEG	Transgastrico	-	NA
Zorron e al.	2007	1 femmina	43	Colecistectomia	Transvaginale	-	48 ore
Zorron et al.	2008	4 femmine	Media 34.3	Colecistectomia	Transvaginale	-	48 ore

ratorie, cicatrici (scarless surgery) e ospedalizzazione. Una nuova piattaforma endoscopica a 4 vie (ANUBIS) sarà presto disponibile per uso clinico.

### Single-Port Access Laparoscopy (SPAL)

È un tipo di laparoscopia in cui ottica e strumenti sono introdotti attraverso un singolo trocar transombelicale. La SPAL associa ad un migliore risultato estetico, la riduzione della morbidità legata a ernie, sanguinamenti, infezioni, dolore, lesioni viscerali e enfisema sottocutaneo. I limiti sono assenza di triangolazione, riduzione della trazione, accavallamento degli strumenti e visione in linea, parzialmente superati utilizzando strumenti flessibili di lunghezze diverse e un laparoscopia sottile e flessibile con ottica angolata di 30°. Da giugno 2010 a marzo 2011 presso il Centro Oncologico Fiorentino sono state eseguite 31 laparoscopie con tecnica single-port utilizzando il trocar X-cone (vedi Tabella 3).

### Laparoscopia robotica

Attualmente il da Vinci Surgical System è l'unico dispositivo approvato per uso clinico dal 1999. Comprende 4 componenti: la consolle per il chirurgo, il carrello robotico con 3 o 4 bracci, gli strumenti articolati e la telecamera. Durante

l'intervento il chirurgo siede alla consolle, a distanza variabile dal paziente, e da lì controlla gli strumenti, la telecamera e le sorgenti elettriche. I vantaggi includono visione tridimensionale, movimenti complessi e assenza di tremore, maggiore ergonomia e possibilità teorica di telechirurgia. Gli svantaggi sono: costo elevato, allungamento dei tempi operatori, assenza di feed-back tattile, posizione del paziente non modificabile e grosse dimensioni. Da giugno 2010 a marzo 2011 presso il Centro Oncologico Fiorentino sono state eseguite 31 laparoscopie robotiche (64,5% per patologia maligna e 35,5% per patologia benigna).

### Conclusioni

La chirurgia mini-invasiva rappresenta la risposta ai bisogni attuali della medicina, ma presenta ancora delle criticità che devono essere valutate: 1) l'industria deve valutare quante risorse investire nella ricerca e nello sviluppo; 2) le società scientifiche devono standardizzare le indicazioni ed elaborare modelli formativi; 3) i chirurghi devono sapere se e quando queste tecniche dovranno far parte del loro bagaglio culturale di base. In conclusione, la chirurgia mini-invasiva è la nuova frontiera della chirurgia per i centri di eccellenza. **TM**

**Tabella.3** - Principali interventi chirurgici eseguiti con tecnica single-port

Autore	Anno	Numero di casi	Procedura
Lee et al.	2009	24	Isterectomia vaginale assistita laparoscopicamente
Langebrette et al.	2009	1	Isterectomia totale laparoscopica
Yoon et al.	2010	20	Salpingectomia monolaterale per gravidanza ectopica
Takeda et al.	2010	14	Annessiectomia isobarica
Mereu et al.	2010	16	Salpingectomia, annessiectomia, enucleazione cisti
Hahn et al.	2010	2	Linfoadenectomia pelvica
Takeda et al.	2010	12	Salpingectomia isobarica (tecnica gasless)
Park et al.	2010	200	105 isterectomie totali; 11 isterectomie subtotali; 43 ovariectomie; 31 cistectomie ovariche; 5 salpingectomie; 2 miomectomie; 3 adesiolisi
Marocco et al.	2010	4	Stadiatione di tumori ovarici borderline
Angioni et al.	2011	1	Isterectomia vaginale assistita laparoscopicamente in caso di ventro-fissazione uterina
Mereu et al.	2011	1	Miomectomia

**CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it))**

**INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA**

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

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

**B.D.A. Computer & Software**

Via Bassa 31/a - 50018 Scandicci FI - Tel. 055 735 1467 - Fax 055 754 931  
info@bda.it - www.bda.it - www.computeria.net

# L'Herpes Zoster acuto e la nevralgia post-herpetica

## Prevenire è meglio (e più semplice...) che curare!



Marco La Grua, specialista in Anestesiologia e Rianimazione ed in Tossicologia Medica. Master Universitario in Terapia del Dolore. Dirigente Medico presso la Sezione di Terapia del Dolore dell'Ospedale di Prato. Membro della Società Italiana dei Clinici del Dolore, della quale è dal 2009 Vice Presidente Nazionale.

### Introduzione e note di epidemiologia

L'Herpes Zoster è una malattia virale acuta causata dal virus Varicella-Zoster (HZV). Dopo l'infezione iniziale, che clinicamente esita nella Varicella, il virus permane latente nell'organismo, localizzandosi a livello dei gangli delle radici dorsali.

La riattivazione del virus porta allo sviluppo dell'Herpes Zoster Acuto (HZ), che è caratterizzata da una eruzione eritemato-vescicolare con una distribuzione strettamente dermatomera

accompagnato spesso da dolore intenso; i due maggiori fattori predisponenti alla riattivazione virale sono l'età avanzata e la diminuzione delle difese immunitarie. L'incidenza dell'HZ varia da 1,9‰ casi nel range di età fra 25-34 anni fino a 14,2‰ nelle età più avanzate. I pazienti immunocompromessi sviluppano lo Zoster con una frequenza da 20 a 100 volte maggiore rispetto alle popolazioni immunocompetenti.

Anche se i criteri di definizione della malattia Herpetica e della nevralgia post-herpetica (NPH) non sono univoci, attualmente si tende a distinguere una nevralgia erpetica acuta (fino a 30 giorni dall'inizio della eruzione), una nevralgia erpetica subacuta (dai 30 ai 120 giorni dalla eruzione) e una nevralgia post-herpetica propriamente detta, definita come dolore che permane dopo almeno 120 giorni dalla eruzione herpetica.

La prevalenza del dolore che dura più di un mese dopo l'eruzione varia dallo 0% nella fascia di età 0-29 anni fino al 34% dei pazienti sopra gli 80 anni. I predittori identificati per lo sviluppo della NPH sono l'età avanzata, un rash particolarmente esteso, un dolore particolarmente intenso durante il rash o prodromico rispetto alla eruzione. Nei pazienti con questi predittori si ha fino al 50-75% di probabilità di persistenza del dolore oltre i sei mesi.

### La patologia

L'infezione acuta da HZV è caratterizzata da necrosi e fibrosi delle cellule del ganglio della radice dorsale (DRG) con conseguente degenerazione

delle fibre sensitive. Il processo infiammatorio può estendersi fino a coinvolgere il corno anteriore e posteriore del midollo spinale e può anche essere presente una mononeurite, caratterizzata da danno assonale e mielinico con estensione periferica rispetto al DRG e quindi interessamento, a volte, delle fibre motorie. Il numero di terminazioni nervose presenti nella cute sede della eruzione e perifericamente a tale zona appare diminuito.

Nello Zoster acuto l'attivazione degli afferenti nocicettivi primari causata dall'attacco virale e le conseguenti

modificazioni infiammatorie della cute, dei nervi periferici e radici nervose, del ganglio spinale posteriore e del midollo spinale giustificano ampiamente il dolore; è invece ancora poco chiaro quali siano i meccanismi che generano il dolore nei quadri di NPH pur in presenza di comprovate alterazioni anatomopatologiche presenti.

Nella NPH si rileva una diminuzione soprattutto di neuroni con fibre di grosso diametro: questo esita in una deficienza selettiva di queste afferenze che può causare una alterazione del sistema di controllo sull'ingresso (descritto con la teoria del gate control da Wall e Melzack) a livello segmentale, per cui, da questo punto di vista, il dolore della NPH potrebbe essere inquadrato come dolore neuropatico da deafferentazione in alcune forme cliniche, mentre in altre potrebbe essere classificato come dolore neuropatico periferico da dismielinosi/neuroma.

### Il Trattamento dello Zoster Acuto e la prevenzione della Nevralgia post-herpetica

Sono stati eseguiti e sono ancora in corso numerosi studi riguardo al trattamento della HZ ed alla prevenzione della NPH, riguardanti sia i trattamenti utilizzati durante la fase acuta della malattia (agenti antivirali, farmaci antidepressivi/anticonvulsivanti, blocchi nervosi neurassiali o dei nervi simpatici o periferici) fino all'utilizzo di uno specifico vaccino.

*Farmaci Antivirali:* studi randomizzati e controllati hanno dimostrato che l'inizio della tera-

MARCO LA GRUA

Sezione Aggregata di Terapia del Dolore e Cure Palliative.  
Ospedale di Prato.

pia antivirale entro le prime 72 ore dall'inizio del rash riduce il dolore acuto e la durata del dolore postherpetico. I farmaci più correntemente utilizzati (aciclovir, famciclovir, valaciclovir) si sono in questo dimostrati equivalenti. La NPH si sviluppa comunque in un 20-30% di tutti i pazienti che hanno avuto una terapia profilattica ottimale.

**Amitriptilina:** uno studio RCT doppio cieco (Bowsher, 1997) ha dimostrato che pazienti maggiori di 60 anni già trattati con antivirali e che ricevono 25 mg/die di amitriptilina nella fase acuta HZ hanno una incidenza di NPH del 16% comparata con il 35% trattato con placebo.

**Utilizzo di blocchi anestetici simpatici, periferici, neurassiali:** molti degli studi pubblicati sul ruolo delle tecniche di blocco nervoso per prevenire o trattare la NPH sono case series o studi non controllati ed anche alcuni studi effettuati con gruppo di controllo hanno problemi di disegno sperimentale. Rimangono però alcuni studi sufficienti per inquadrare alcuni di tali interventi con un livello sufficientemente alto di evidenza fra i quali un importante studio italiano (Pasqualucci, 2000) che ha dimostrato la riduzione significativa della incidenza della NPH utilizzando la somministrazione epidurale di steroidi ed anestetico locale. Tuttavia un recente studio pubblicato su Lancet (PINE study, 2009) non ha confermato l'efficacia di tale procedura, per quanto alcuni aspetti di quest'ultimo studio possano essere criticabili (il protocollo di trattamento non è sovrapponibile a quello utilizzato nello studio di Pasqualucci) (Tabella 1).

**Il Vaccino per Herpes Zoster:** è un vaccino vivo attenuato. Lo studio è stato effettuato su circa 40.000 pazienti con età maggiore di 60 anni e con storia di varicella e suddividendo tale popolazione in un gruppo attivo ed un controllo con placebo. I soggetti sono stati osservati per un periodo di circa 3,5 anni. In questo periodo si sono sviluppati 957 casi di Herpes Zoster di cui 315 nel gruppo vaccinato e 642 nel gruppo placebo. La NPH si è successivamente sviluppata in 107 pazienti (27 nel gruppo vaccinato, 80 nel placebo). L'uso del vaccino ha dimostrato perciò una riduzione del 51% ( $p < 0.001$ ) nella incidenza di Herpes Zoster e del 66,5% ( $p <$

0.001) nella incidenza di NPH. Rimangono però ancora numerose questioni aperte fra le quali la durata necessaria della protezione vaccinale, l'utilità nei pazienti più giovani di 60 anni e gli effetti nei pazienti che hanno una storia dubbia di varicella o che hanno già contratto una volta l'herpes zoster. Tale vaccino è attualmente già commercializzato in USA ed ha già ricevuto l'approvazione della Agenzia Europea del Farmaco.

## Il trattamento della Nevralgia post-Herpetica (NPH)

**Terapia Farmacologica:** al momento, anche a causa dei molteplici meccanismi fisiopatogenetici alla base del dolore nella NPH, non completamente chiariti, non esistono trattamenti inequivocamente validi. Il cardine della terapia farmacologica è comunque costituito dall'utilizzo di farmaci antidepressivi o anticonvulsivanti, anche se esistono notevoli differenze fra farmaci della stessa classe riguardo alla efficacia ed alla tollerabilità.

Gli anticonvulsivanti, ed in particolare i gabapentinoidi, sono attualmente fra i farmaci più impiegati grazie al loro favorevole rapporto NNT/NNH, nonostante che i farmaci con un NNT più alto siano gli antidepressivi triciclici ed in particolare l'amitriptilina, che però è gravata da importanti controindicazioni ed effetti collaterali; la nortriptilina, a parità di efficacia, dimostra una migliore tollerabilità.

Gli analgesici oppioidi hanno dimostrato una discreta efficacia, e sono quindi inseriti nella seconda linea di trattamento della NPH. Dettagliate linee guida sull'utilizzo dei farmaci nel trattamento del dolore neuropatico e quindi nella nevralgia postherpetica sono state pubblicate nel 2006 sull'European Journal of Neurology dall'EFNS (European Federation of Neurological Societies) e recentemente riviste ed aggiornate (2010) dal NICE britannico (National Institute for Health and Clinical Excellence).

**Blocchi anestetici simpatici, periferici, neurassiali:** possono avere un ruolo nella gestione della NPH, specialmente se utilizzati in combinazione con un trattamento farmacologico. In uno studio prospettico in pazienti con una durata media di

Tabella 1

Livelli di evidenza riguardo la prevenzione della nevralgia post-herpetica		
Farmaco/procedura	Livello di evidenza	Commenti
Antivirali	A	RCTs supportano efficacia
Amitriptilina	B	RCT supportano efficacia
Epidurale con anest. locale e steroidi	B	Uno studio RCT di ampie dimensioni dimostra efficacia. Uno studio RCT dimostra significatività solo al primo mese di follow-up
Blocchi simpatici	C	Studi con gruppi di controllo "storici" o non RCT

4,4 mesi della NPH l'associazione di blocchi anestetici con bupivacaina e metilprednisolone (epidurali, intercostali, sopraraorbitali, sovratrocleari e infraorbitario) con amitriptilina (da 50 a 100 mg/die) è risultata una riduzione al 50% del VAS iniziale nel 59% dei pazienti ed in un pain relief giudicato comunque buono dai pazienti nel 75% dei casi. La somministrazione intratecale di steroidi è riportata essere efficace in alcuni casi resistenti di NPH; a questo riguardo gli studi di Kotani (2000) hanno dimostrato come il 90% dei pazienti sottoposti a 4 sedute settimanali con la somministrazione spinale di 60 mg di metilprednisolone acetato e 3 ml di lidocaina 3%, avesse un buon controllo del dolore contro il 4% nel gruppo di controllo non trattato. Tale riduzione del dolore coincideva con una riduzione di concentrazione di interleuchine a livello liquorale; al contrario, la somministrazione epidurale di metilprednisolone e lidocaina non ha dimostrato efficacia clinica sovrapponibile e diminuzione di interleuchine nel liquor.

*Altri trattamenti interventistici (Stimolazione Elettrica midollare):* la neurostimolazione, nonostante la chiara causa neuropatica del dolore (indicazione specifica alla stimolazione midollare) ha risultati incostanti nei confronti della NPH, variando dal 21% all'82% in alcuni studi retrospettivi. Tuttavia l'unico studio prospettico disponibile (Harke, 2009) sembra suggerire l'efficacia della stimolazione midollare anche in fase acuta dell'Herpes Zoster, con efficacia immediata e a lungo termine sul dolore (effetto profilattico sulla NPH?) (Tabella 2).

### Conclusioni finali basate sui livelli di evidenza

Sulla base di quanto esposto si può affermare che i farmaci antivirali e l'amitriptilina sono sicuramente efficaci nella prevenzione della NPH, mentre il ruolo profilattico della somministrazione epidurale di steroidi ed anestetici locali non

è ancora completamente chiarito in quanto esistono studi contrastanti a riguardo.

Alla luce di ciò è probabilmente giustificato l'utilizzo di tali tecniche in quei pazienti che hanno fattori predisponenti allo sviluppo della nevralgia post-herpetica (età > 60 anni, dolore intenso prodromico alla eruzione o durante questa, esteso rash cutaneo) tenendo comunque presente che l'efficacia profilattica di tali tecniche è evidente solo se tali procedure vengono impiegate entro i 10-15 giorni dall'inizio dell'eruzione (l'anestetico blocca il trasporto assonale della fibra nervosa e quindi la migrazione centripeta verso il midollo del virus). Per tale motivo sarebbe opportuno riferire tali pazienti "a rischio" ad un centro di terapia del dolore per l'eventuale trattamento con tali tecniche.

Per quanto riguarda il trattamento della NPH una volta instaurata, i farmaci anticonvulsivanti, gli antidepressivi (anche se non tutti i farmaci appartenenti a tali famiglie hanno lo stesso profilo di efficacia, definito come NNT), gli oppioidi e il patch (cerotto) di lidocaina hanno un livello di evidenza A, mentre altri interventi, definibili di seconda linea, come la somministrazione intratecale di steroidi, i blocchi nervosi e la capsaicina topica raggiungono un livello di evidenza B.

Esistono tuttavia quadri clinici inquadrabili come dolore neuropatico da deafferentazione e caratterizzati dalla lesione definitiva di importanti contingenti di fibre nervose e con danno a livello midollare che rispondono in modo molto scarso alla terapia farmacologica.

Non esistono infine al momento studi controllati che supportino l'efficacia della neurostimolazione midollare nel trattamento di tale quadro doloroso.

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: lagruam@yahoo.it

TM

Tabella 2

Livelli di evidenza riguardo il trattamento della nevralgia post-herpetica		
Farmaco/procedura	Livello di evidenza	Commenti
Antidepressivi	A	RCT ne supportano l'efficacia
Anticonvulsivanti	A	RCT ne supportano l'efficacia
Oppioidi	A	RCT ne supportano l'efficacia
Patch di lidocaina	A	RCT ne supportano l'efficacia
Capsaicina per via topica	B	RCT ne supportano l'efficacia
Somministrazione intratecale di metilprednisolone/lidocaina	B	Due studi RCT ne supportano l'efficacia
Blocchi nervosi	C	Un case series ne dimostra efficacia associati con amitriptilina



**Pasquale C. Marturano**, laurea nel 1975 a Firenze, specializzazione in Chirurgia digestiva, master in Chirurgia coloretta-  
le a Padova, spec. in Medicina dello sport. Chirurgo ospedaliero presso l'Ospedale di Prato dal 1976 al 2010. Numerose pubblicazioni di argomento chirurgico. Dal 2010 medico sportivo libero-professionista.

# Gravi lesioni da sport in Prato e provincia (2003-2008)

**L**a pratica sportiva continua a crescere sia nella popolazione giovanile che in quella adulta, favorita anche dai benefici riscontrati sulla salute e sulla qualità della vita. Questo comporta un diffuso

incremento della traumatologia acuta e cronica correlata con lo sport

Onde valutare l'impatto di tutto ciò a livello di una struttura ospedaliera territoriale, abbiamo analizzato i pazienti visitati per un trauma sportivo al dipartimento di emergenza dell'Ospedale di Prato (Azienda sanitaria n. 4 della regione Toscana).

Il periodo in esame è il quinquennio 2003-2008, e in particolare l'attenzione è stata posta sui traumi sportivi "maggiori" ovvero quelli che hanno richiesto l'ospedalizzazione immediata e/o un intervento chirurgico urgente.

Precedenti ricerche simili alla nostra eseguite in Scozia e Scandinavia hanno appurato che di tutti gli incidenti sportivi solo una parte che si aggira sul 13% giunge al pronto soccorso dell'ospedale, dal momento che abitualmente ci si rivolge al medico di base o allo specialista medico sportivo.

Dal 2003 al 2008 sono stati visitati al dipartimento di emergenza /urgenza di Prato 348.000

pazienti : solo il 2% di essi aveva avuto un problema correlato con la pratica sportiva (i dati vengono archiviati utilizzando il programma "Excel" di Microsoft).

Gli sportivi visitati furono complessivamente 6012 e per 141 fu necessario il ricovero; è evidente una certa tendenza all'incremento anno per anno, e dei traumi sportivi e dei ricoveri

L'Azienda Sanitaria pratese assiste circa 248.000 abitanti. In provincia le società sportive affiliate o collegate al CONI sono 214 (dati del 2008) con più di 14.000 associati.

Gli sportivi pervenuti al DEU, sono stati inquadriati al "triage", in ordine di priorità come urgenza in ragione dell'8%, per il rimanente 92% come urgenza

minore o non urgenza (Tabella 1).

Dopo la valutazione e il trattamento il 97% dei pazienti è stato dimesso. Dei rimanenti (circa 290 pazienti), metà è stato trattenuto nel reparto osservazione breve, l'altra metà ricoverata.

La grande maggioranza dei pazienti è stata inviata in ortopedia per fratture, lesioni tendinee o legamentose, oppure per ferite profonde degli arti; i restanti ricoveri sono stati in chirurgia (11%), urologia (1.4%), neurologia, pediatria, UTIC, rianimazione, oculistica (1% ognuno) (Tabella 2).

La metà di tutte le lesioni che hanno determi-

PASQUALE C. MARTURANO\*, ALESSIO BALDINI\*\*,  
MARIA C. ROBERTINA VONO°

\* Libero professionista, specialista in Medicina dello sport  
\*\* Dirigente medico - Responsabile OBI - Ospedale di Prato  
° AMSE Università degli Studi, Firenze

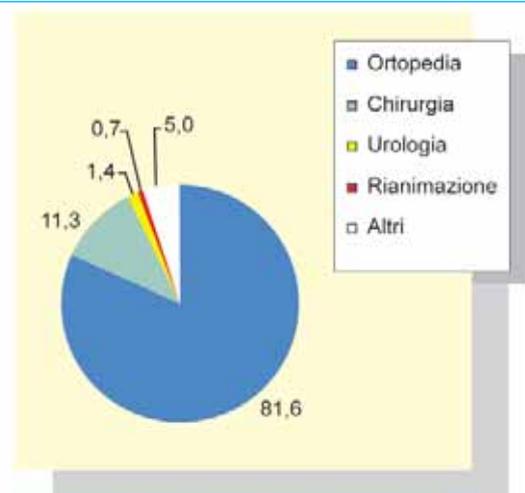
**Tab.1 - Accessi al D.E.U per traumi sportivi (anni 2003-2008)**

	Visite	%
Non urgenza	373	6,2
Urgenza minore	2.744	45,6
Urgenza differita	2.405	40,0
Urgenza	479	8,0
Emergenza	11	0,2
<b>Totale</b>	<b>6.012</b>	<b>100,0</b>



**Tab.2 - Traumi maggiori, ospedalizzati  
(anni 2003-2008)**

	Val. assol.	%
Ortopedia	115	81,6
Chirurgia	16	11,3
Urologia	2	1,4
Rianimazione	1	0,7
Altri (*)	7	5,0
<b>Totale</b>	<b>141</b>	<b>100</b>



(\*) Pediatria, UTIC Neurologia Pneumologia, ecc.

nato il ricovero sono state fratture degli arti: femore, gamba e malleolo coinvolti in 2/3 dei casi, in un 1/3 è stato interessato l'arto superiore.

I traumi del tronco con fratture costali (10%) e quelli di bacino (3%) sono stati di riscontro più

raro, altrettanto infrequenti le lesioni craniche (due in tutto) e vertebrali (4) ancorché rilevanti dal punto di vista clinico.

Nessuno di questi pazienti ha riportato conseguenze invalidanti. Da segnalare due ricoveri per

**Tab.3 - Traumi maggiori da sport (anni 2003-2008)**

\* Con lesioni viscerali  
 \*\* Con frattura  
 \*\*\* Ferite l.c. profonde, lesione lig. crociato ant., lesione meniscale, rottura testis  
 Di cui 12 l'achilleo, 1 il rotuleo

*Più lesioni possibili nello stesso soggetto*

lesioni oculari anch'esse senza postumi.

Due sportivi (un calciatore e un rugbista) sono stati trattati per problemi cardiaci insorti in competizione: per tachicardia ventricolare il primo, per sindrome anginosa l'altro (Tabella 3).

Il gioco del calcio ha provocato da solo il 57% dei traumi maggiori, il ciclismo l'11% e rugby e basket il 4% ognuno (Tabella 4).

La metà dei pazienti ricoverati è stata operata; l'intervento più spesso eseguito è stata la riduzione di frattura e fissazione con viti o chiodi. In un quinto dei casi si è proceduto alla riduzione incruenta della frattura in narcosi e immobilizzazione esterna (Tabella 5).

Le rotture tendinee hanno rappresentato il 10% di tutti i ricoveri, al di sopra delle attese rispetto ai dati riferiti in letteratura, ed hanno interessato in gran parte calciatori ultra quarantenni.

In particolare su 14 sportivi ricoverati, 12 presentavano la rottura del tendine di Achille o del rotuleo, un altro la rottura del legamento crociato anteriore. Tutti sono stati operati in urgenza differita.

Da notare che le lesioni dei legamenti del ginocchio sono stati trattati abitualmente in regime ambulatoriale e l'intervento, quando indicato, eseguito successivamente.

Le fratture craniche e vertebrali hanno interessato calciatori o ciclisti.

I traumi viscerali che hanno richiesto un intervento chirurgico sono stati in tutto 4: due lesioni renali (in un pugile e in un giocatore di rugby), la rottura di un testicolo in un calciatore, una perforazione polmonare per fratture costali scomposte in un ciclista. Le lesioni renali e testicolari sono state riparate con la semplice rafia ciò che ha permesso la conservazione dell'organo. Lo pneumotorace ha richiesto l'inserzione di drenaggio toracico.

Non vi sono state lesioni permanenti di rilievo né decessi.

Le giornate di degenza ospedaliera complessive per tutti i ricoverati sono state 771 con una durata media del ricovero per singolo paziente di 5,3 gg. I costi sono stati nel complesso relativamente contenuti rispetto alla spesa sanitaria globale dell'Azienda.

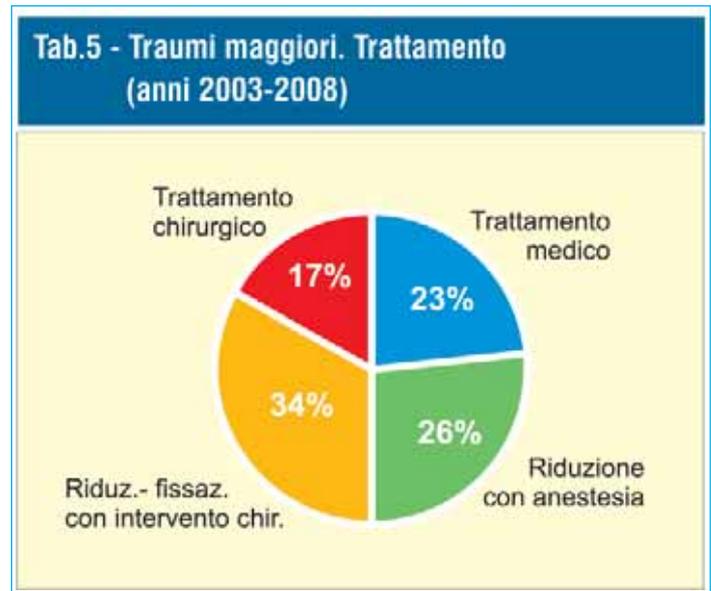
Nel periodo di tempo preso in esame vi sono state 78 visite/anno per 1000 affiliati a società sportive e 51 visite/anno per 10.000 abitanti.

Sulla base dei nostri dati, una stima degli infortuni sportivi curati nei dipartimenti di emergenza degli Ospedali della regione Toscana nel 2008, può essere quantizzata in 22.551 visite e 2.550 ricoveri per il 2008. In proiezione a livello regionale per il 2013 è ipotizzabile un numero di 23.416 traumatizzati e 2.648 ricoveri per patologia sportiva.

Quali considerazioni possono essere fatte sulla base di questo studio?

La prevenzione dei traumi sportivi "maggiori" dovrebbe rientrare tra gli obiettivi di società sportive e istituzioni pubbliche sia per la salvaguardia della salute che per le ricadute economiche sul SSN.

Se si escludono gli sport motoristici e quelli "estremi" su cui valgono delle considerazioni particolari, gli sport da contatto e il ciclismo sono, alle nostre latitudini quelli più a rischio per traumi gravi. Tra i provvedimenti che si sono rivelati efficaci nel ridurre l'incidenza, rientrano un inasprimento delle regole di gioco e una maggiore rigidità degli arbitraggi. Altrettanto importante l'attenzione da parte di medici sportivi e allenatori, al possesso da parte dell'atleta di una adeguata condizione psico-fisica al momento della competizione e, quindi, ad un corretto approccio alla preparazione atletica in allenamento e ad un sano stile di vita fuori dal campo. Da sottolineare in ultimo che l'uso di alcuni farmaci (per es. i chinolonici) va ponderato con cura per i noti e gravi effetti lesivi sui distretti muscolo-tendinei. **TM**



# Allergia al pinolo nel bambino



Simona Barni, nata a Pisa il 6 Agosto 1982. Ha ottenuto il diploma di maturità scientifica presso il Liceo Scientifico "Coluccio Salutati" di Montecatini Terme (PT) nel luglio 2001. Si è laureata in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pisa il 26 ottobre 2007 con votazione 110/110 e lode discutendo la Tesi dal titolo "Il management del bambino con rinite allergica", relatore Prof. Giuseppe Saggese. Attualmente sta frequentando il 3° anno della scuola di Specializzazione in Pediatria al Meyer di Firenze.

**L**a frutta secca è una causa ben nota di allergia alimentare che colpisce approssimativamente l'1% della popolazione generale del Regno Unito e degli Stati Uniti. La frequenza dell'allergia alla frutta secca varia tra i diversi paesi per motivi non perfettamente conosciuti ma probabilmente attribuibili a fattori ambientali, come le differenti abitudini alimentari e il diverso modo di cucinare, e a fattori genetici. Ad esempio negli Stati Uniti e in Francia le arachidi sono una delle più frequenti cause di allergia alimentare ma in altri Paesi (come l'Italia) questo tipo di allergia sembra essere meno comune.

La frutta secca più comunemente consumata nel mondo comprende, oltre alle arachidi, le nocciole, le noci, le mandorle, gli anacardi. Meno largamente consumati sono le castagne, la noce di Pecan, la noce brasiliana, i pistacchi, le noci di cocco e i pinoli.

I pinoli sono i semi dell'albero del pino (*Pinus Pinnae*), che fiorisce da Marzo a Maggio. Esso appartiene alla famiglia delle Pinaceae, della classe gimnosperme, divisione Coniferophyta. Esistono cinque specie di pino (*P. sylvestris*, *P. halepensis*, *P. nigra*, *P. pinaster* e *Pinus sp.*). Gli alberi appartenenti al genere *Pinus* sono presenti in quasi tutte le regioni con conifere e sono le specie dominanti nel sud dell'Europa, specialmente in Italia, nel sud della Francia, in Spagna e in Portogallo, dove furono importati dai Romani. Il pino è ampiamente presente anche nel sud-ovest degli Stati Uniti, in Messico, in Polonia, in parte della Russia e in Finlandia. Una bassa densità è stata invece riscontrata nell'Europa centrale e nella maggior parte del Regno Unito e dell'Irlanda.

Nel sud Europa, specialmente in Italia, nel sud della Francia e in Spagna, i pinoli sono consumati tostati o utilizzati in insalate, dolci o altre paste, nelle salse e come sostituto dell'olio. I pinoli sono consumati diffusamente in Italia in dolci, biscotti e in particolar modo in Liguria nella preparazione di un condimento per pasta (il *pesto*, a base di pinoli, parmigiano, olio e basilico).

La capacità del pinolo di provocare reazioni allergiche anche gravi è stata ampiamente documentata. Le reazioni allergiche ai pinoli sembra-

no essere particolarmente severe, talvolta anche mortali e sono state riportate reazioni fatali dopo la loro ingestione. Santos e Unger sono stati i primi autori a descrivere un caso di reazione di ipersensibilità al pinolo nel 1958. Successivamente circa 22 casi di allergia al pinolo sono stati riportati in letteratura. È stato descritto anche un caso di anafilassi dopo uno Skin Prick Test con il pinolo.

Mentre i principali allergeni della frutta secca sono proteine di riserva del seme (legumine, viciline e albumine), gli altri allergeni sono profiline e proteine omologhe patogeneticamente correlate (LTP ovvero proteine di trasporto dei lipidi, membri della famiglia Bet v1), considerate come panallergeni a causa della loro ampia distribuzione nelle piante e della loro

crossreattività con altri cibi e pollini omologhi. Gli allergeni del pinolo sono stati relativamente poco studiati. De Las Marinas et al. hanno evidenziato un impor-

te allergene con un peso molecolare di 50 KDa mediante l'immunoblotting con estratto di mandorla. Alcuni autori hanno scoperto bande di 30 e 44 KDa che vengono inibite all'immunoblotting con l'estratto di arachide. Secondo altri autori un allergene di 17 KDa può essere considerato il principale allergene del pinolo.

Sono state descritte in letteratura cross-reazioni fra il pinolo e altri tipi di frutta secca, in particolare arachidi e mandorle, e con il polline di pino. È stata anche riportata la crossreazione tra il pinolo e il polline di *Artemisia vulgaris*. La presenza in uno stesso soggetto di IgE specifiche verso diversi tipi di frutta secca è riscontro comune, ma la rilevanza clinica di queste cross reazioni è limitata. D'altra parte è stata anche descritta la presenza isolata di IgE specifiche contro il pinolo dimostrate con lo SPT e il RAST senza contemporanea presenza di IgE nei confronti di altra frutta secca o del polline di pino.

L'allergia alla frutta secca comincia generalmente nell'infanzia ma diversamente dalla maggior parte delle allergie alimentari dura tutta la

SIMONA BARNI, FRANCESCA MORI, SARA TUCCI,  
NERI PUCCI, M.ELISABETTA ROSSI,  
SIMONA CONTESTABILE, ELIO NOVEMBRE

Centro di Allergologia, AOU "A.Meyer", Firenze

vita. È comunque possibile, anche se non ancora dimostrato, che alcuni pazienti con esordio precoce di forme più lievi di allergia possano diventare tolleranti alla frutta secca dopo un periodo di evitamento, analogamente a quanto è stato mostrato in una minoranza di soggetti allergici alle arachidi. La gravità di questo tipo di allergia è documentata dal fatto che tutte le reazioni fatali agli alimenti in individui di età superiore ai 6 anni riportate su un registro nazionale negli Stati Uniti sono state causate dalla frutta secca. Così come le arachidi e gli altri tipi di frutta secca, anche il pinolo è riconosciuto essere fonte di allergeni alimentari. Tuttavia, nonostante l'ampia diffusione dei pinoli, solo pochi casi di reazioni allergiche ad essi sono stati riportati in letteratura. L'allergia al pinolo infatti è stata poco studiata sia dal punto di vista clinico che epidemiologico.

Non è ancora chiaro se le crossreazioni osservate siano il risultato di più eventi sensibilizzanti in soggetti atopici o se esista una crossreattività "vera". Gli studi clinici condotti sulla crossreattività fra i vari tipi di frutta secca nei soggetti con storia di grave reazione allergica al pinolo sono relativamente pochi ma dai dati riportati in letteratura appare prudente evitare l'assunzione dell'alimento una volta diagnosticata la sensibilizzazione, a meno che non vengano condotti specifici test di provocazione orale che confermino la tolleranza clinica.

Occorre poi non dimenticare che reazioni quasi

fatali dovute all'ingestione di allergeni nascosti non sono rare. Esistono in letteratura molti dati riguardanti le arachidi quali allergeni nascosti molto "pericolosi" ma è necessario tenere a mente che anche altri tipi di frutta secca possono causare queste reazioni. È dunque molto importante che nelle etichette dei cibi in commercio sia riportata la quantità di ogni potenziale allergene presente e che il paziente e la famiglia siano educati ad evitare le ingestioni accidentali, a riconoscere i sintomi precoci di una reazione allergica e a trattare prontamente un'eventuale anafilassi severa.

Le ricerche in corso nel campo dell'immunoterapia (anti-IgE, allergeni ricombinanti e peptidi sintetici per l'allestimento di vaccini desensibilizzanti) potrebbero offrire nuove soluzioni nel trattamento delle allergie alimentari. L'utilizzo per via sottocutanea di estratti naturali o modificati di arachidi a scopo immunoterapico è stato tentato, ma la somministrazione ha provocato reazioni sistemiche o gravi effetti avversi. Pertanto la desensibilizzazione non può essere considerata attualmente come un'alternativa alla dieta di eliminazione che rimane di fatto l'unica forma di trattamento dell'allergia alla frutta secca.

#### Bibliografia

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

TM

## Associazione Italiana Donne Medico (AIDM)

L'Associazione Italiana Donne Medico (AIDM), è un'associazione multidisciplinare d'area medica, che, partendo dalla valorizzazione della professionista donna, intende favorire la comunicazione attiva (*collaborative innovation*) tra elementi del settore sanitario con una modalità innovativa, coinvolgendo il territorio e la realtà ospedaliera così da funzionare da catalizzatori, senza sostituirsi ad altre realtà esistenti.

È risaputo che il mondo sanitario vede una prevalenza numerica delle donne nelle varie professioni e che la demografia futura (rapporto donne/uomini iscritti alle facoltà di medicina, numero crescente di laureate medico donne, i dati sulla gobba pensionistica, la riduzione delle assunzioni nel settore lavoro "indeterminato", il blocco del turnover ma anche le attualità in cifre di precariato femminile) ne vedrà un ulteriore aumento.

Nell'ottica di un'innovazione

di settore, dobbiamo considerare la professionalità delle donne in ambito sanitario non come un ridimensionamento del prestigio della categoria medica, ma piuttosto come una trasformazione nello scenario complessivo, le cui potenzialità vanno sfruttate e inserite in modo sinergico nella realtà in divenire. Tale trasformazione potrebbe essere alla base di un processo di miglioramento complessivo che ha come obiettivo, da un lato, la qualità del servizio offerto dalla professione medica *tout court*, dall'altro, possa rispondere alle nuove necessità di un bacino d'utenza sempre più esigente e sempre più insoddisfatto ed ostile verso la categoria medica nella sua globalità.

Per questa ragione, la nuova sezione fiorentina dell'AIDM in accordo al direttivo nazionale, promuoverà l'organizzazione di seminari, nazionali ed internazionali, tavole rotonde, eventi congressuali campagne di confronto e diffusione

in maniera multidisciplinare, in modo da coinvolgere un molteplicità di categorie professionali, non solo quelle strettamente sanitarie, nell'ottica di un *collaborative-innovation* non di *closed-innovation* per la qualità in sanità.

I livelli d'intervento saranno fondamentalmente tre:

- **La formazione continua** con il fine di rendere la pratica clinica, la comunicazione e la collaborazione tra le figure del settore, più efficace ed efficiente.

- **La collaborative-innovation** come promozione d'innovazione territoriale, lavorando su reti estese per migliorare la qualità della prestazione.

- **La prevenzione** anche in collaborazione con altre associazioni nazionale ed internazionali.

Info: Dr.ssa Marilù Bartiromo, 347.0438564, [www.donnemedico.org](http://www.donnemedico.org).



Alfredo Zuppiroli, Presidente della Commissione di Bioetica della Regione Toscana.

## La salute non è una merce

*“Credere in un’economia di mercato in cui l’acquirente è sovrano è una delle più convincenti forme di truffa.”*

John K. Galbraith, *L’economia della truffa*, Rizzoli 2004

**D**iceva Albert Einstein che *“I problemi che abbiamo oggi non li potremo mai superare all’interno della stessa cultura che li ha generati”*. Sacrosante parole, che possono costituire la cornice ideale per una riflessione sull’attuale deriva, forse ancora non percepita da molti di noi. Ci stiamo rendendo conto, cari colleghi, della progressiva degenerazione mercantile della Sanità, della Medicina, della Cura? Riusciamo a percepire il nuovo paradigma culturale, con la riduzione a meri prodotti di consumo di quelli che dovrebbero essere i cardini per ristabilire o mantenere la salute, quali ad esempio i test diagnostici o i farmaci? Ce la facciamo a cogliere le insidie, sempre meno occulte, anzi sempre più palesi, che ci arrivano dal cosiddetto “Mercato”?

Se qualcuno di noi non fosse già avvertito del rischio che la nostra professione – ma soprattutto la salute di tutti noi – stanno correndo, l’esempio delle offerte commerciali al ribasso che da un po’ di tempo compaiono in rete, soprattutto ad opera del colosso americano del settore, la Groupon, ne sono un esempio molto calzante. Non voglio certo fare una difesa corporativa del nostro mondo professionale e non m’interessa neanche stabilire se sul piano formale siano rispettate o meno le regole che disciplinano la pubblicità sanitaria. M’interessa, invece, sollecitare l’attenzione su ciò che sottende questa, come tante altre operazioni: si tratta di scoprire il velo sulla gravità della trasformazione culturale in atto. La Salute sta diventando sempre più un bene di consumo, soggetta alle regole del mercato, per cui il bene lo si deve produrre con la massima efficienza mercantile possibile. Allora, vai con le offerte delle ecografie a prezzi stracciati, come nelle campagne sottocosto dei supermercati, vai con i trattamenti odontoiatrici offerti con le stesse modalità con cui si promuove un week-end con tanto di cena per due con bevande incluse. E l’appropriatezza? E l’efficacia? Ed il rapporto medico-paziente? Tutti retaggi inutili, da sacrificare sull’altare del dio mercato?

E sul fronte della Sanità Pubblica, cosa facciamo noi medici? Assistiamo muti ai tagli ragionieristici delle risorse, che iniquamente toccano sia i percorsi virtuosi che quelli inappropriati? Stiamo zitti di fronte allo spreco di denaro pubblico che continua a finan-

ziare prestazioni inutili, inappropriate, a volte dannose, senza avere il coraggio di chiedere serie verifiche di esito delle nostre cure? Ci voltiamo dall’altra parte, di fronte alle continue dimostrazioni di disuguaglianze nella salute, e lasciamo fare al “mercato”? Da molti anni Gianfranco Domenighetti ci ammonisce con una semplice verità: in Sanità certi consumi aumentano tanto maggiore è lo svantaggio socio-economico, che si accompagna a minori capacità di esigere ed ottenere informazioni. Pensiamo che iniziative

quali quelle della Groupon vadano nella direzione dell’educazione alla Salute, di un’informazione chiara ed obiettiva dei pazienti in merito alle opzioni possibili, di un coinvolgimento consapevole dei cittadini nelle decisioni che riguardano la loro salute? E aderendo alle offerte speciali di prestazioni mediche, delle quali magari non abbiamo neanche un vero bisogno clinico, e che abbiamo comunque già pagato attraverso la fiscalità generale, che guadagneremo Salute? Invece di difendere e cercare di migliorare il nostro Servizio Sanitario Nazionale, mediante una rigorosa verifica della sua efficienza, anche nell’erogazione di ciò che rientra nei LEA, lasciamo che la concorrenza delle campagne promozionali si affianchi al Servizio Pubblico e s’incentivi quella spesa out-of-pocket già tutt’altro che trascurabile nel nostro Paese?

Se avvertiamo il disagio che domande del genere suscitano, allora abbiamo il dovere di opporci, di denunciare con forza ciò che sta avvenendo nel campo della Cura, dopo lo scempio che dell’Alimentazione ha fatto la (in)cultura dei *fast food*. *Cibo e cure*, accomunati sul filo di rasoio di un disastroso abbandono ad un mercato la cui unica regola è il profitto, sempre più soggetti ad analisi del loro prezzo (con regolari e sciagurate offerte speciali al ribasso) e sempre più spogliati del loro valore. La Cura, come l’Alimentazione, espropriata del suo significato culturale, ridotta a bene di consumo, con il rischio di consumare davvero un bene, quello rappresentato dalla nostra autonomia, dalla nostra libertà di scelta, sempre più consumatori inconsapevoli e sempre meno responsabilmente coinvolti nella costruzione della nostra Salute.

*“...si muore di classe, come sulla tolda del Titanic...”*: da oltre trent’anni Giulio Alfredo Maccacaro ci richiama a questa verità, purtroppo sempre attuale.

ALFREDO ZUPPIROLI

Direttore dipartimento cardiologico  
Azienda Sanitaria di Firenze

Temo che l'ingiustizia e l'iniquità che caratterizzano l'accesso ai servizi sanitari e di conseguenza le disuguaglianze sociali in termini di morbilità e mortalità corrano il rischio di essere accentuate da iniziative come quella qui denunciata, destinate a fare presa sulla fascia più povera della popolazione, dove la povertà non è solo quella economica, ma anche e soprattutto

tutto quella culturale. E allora, noi medici possiamo/dobbiamo fare qualcosa in proposito? La risposta mi sembra implicita, chiudendo, così come abbiamo aperto, in compagnia di Einstein: *"Il mondo è quel disastro che vedete, non tanto per i guai combinati dai malfattori, ma per l'inerzia dei giusti che se ne accorgono e stanno lì a guardare"*. **TM**



*Sandro Spinsanti ha insegnato etica medica nella Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica di Roma e bioetica all'Università di Firenze. Ha fondato e dirige l'Istituto Giano per le medical humanities e il management in sanità (Roma). Dirige la rivista Janus. Medicina, cultura, culture (ed. Zedig-Roma).*

## Il dottor Knock si aggiorna

**I** promotori delle offerte mediche di Groupon sono andati a scuola dal dottor Knock? Da quasi un secolo Knock insegna, a chi vuol imparare da lui, come espandere i servizi medici. Per la precisione, il suo magistero ha avuto inizio nel 1923, quando la commedia di Jules Romains, "Knock o il trionfo della medicina", è andata in scena per la prima volta a Parigi. Da allora è diventato l'eroe mitico e il nume tutelare di una medicina che ha assunto come obiettivo il superamento conti-

ne, né pesce che voi chiamate una persona sana».

Dal punto di vista operativo, la strategia promozionale – promozione della medicina, beninteso, non dei propri interessi... – del dottor Knock è semplice. Convoca il messo comunale, che ha il compito di fare gli annunci pubblici, preceduto dal suono del tamburo, e lo manda in giro per il paese a proclamare l'offerta del nuovo dottore: il lunedì, giorno di mercato e di grande affluenza in paese, dalle nove e trenta alle undici e trenta, il dottor Knock farà visite gratuite per gli abitanti del cantone ("in uno spirito filantropico e per contrastare il progresso inquietante delle malattie", precisa).

Il seguito della storia chi ha visto o letto la commedia lo conosce; gli altri possono facilmente immaginarlo.

Una storia attuale? Beh, oggi gli annunciatori pubblici a suon di tamburo sono piuttosto rari. In compenso, si sono moltiplicate le vie per far arrivare messaggi di promozione della medicina,

sempre animati da spirito filantropico e per contrastare il progresso delle malattie.

Con un significativo cambio di scenario: chi offre servizi gratuiti o scontati non ha di fronte la diffidente e taccagna comunità contadina di St. Maurice, che deve essere indotta contro voglia a farsi visitare; oggi il dottor Knock ha di fronte "consumatori" avidi di ricevere visite e di farsi prescrivere esami, farmaci e trattamenti.

Guardando dalla finestra del suo albergo-ospedale lo spettacolo di 250 case con le finestre illuminate, dove allo scoccar delle dieci di sera tutti i malati erano pronti per la presa di temperatura rettale, il dottor Knock poteva annunciare trionfante: «Ci sono 250 camere in cui qualcuno confessa la medicina, 250 letti in cui un corpo disteso testimonia che la vita ha un senso, e grazie a me un senso medico». Dall'alto di internet, dalla finestra delle offerte low cost, i numeri delle persone "beneficcate" dall'espansione dei servizi sanitari appaiono moltiplicati in modo esponenziale. E la Luce Medica brilla tanto da ferirci gli occhi. **TM**

nno dei limiti.

Giovane medico condotto, Knock arriva nel paesino di St. Maurice con poca scienza, ma con una convinzione incrollabile. Quella che aveva posto come titolo – spiega al dottor Parpalaid che, con molta prosopopea ma praticamente in condizioni economiche disagiate, gli "vende" la condotta – alla sua tesi di laurea: "Sui pretesi stati di salute"; ovvero, ogni sano è un malato che si ignora. Ai nostri giorni qualcuno ha aggiornato la tesi affermando che ogni sano è una persona non sufficientemente diagnosticata.

Dopo tre mesi, quando il dottor Parpalaid ritornerà nel paese per incassare la prima rata della condotta, tutto è cambiato: la locanda è stata trasformata in ospedale, e non c'è più un posto disponibile; il modesto farmacista, diventato il principale collaboratore del nuovo medico, ora dirige un'attività fiorente. Tutti gli abitanti di St. Maurice sono stati toccati dalla "Luce Medica".

Spiega il dottor Knock all'anziano collega stupefatto: «Voi mi date un cantone popolato da alcune migliaia di individui neutri, indeterminati. Il mio ruolo è di determinarli, di portarli all'esistenza medica. Li metto a letto e guardo che cosa ne può venir fuori: un tubercolotico, un nevropatico, un arteriosclerotico, quello che si vuole, ma qualcuno, Dio buono!, qualcuno! Niente mi irrita come quell'essere né car-

SANDRO SPINSANTI

Istituto Giano, Roma

# Il medico e le necessità spirituali dell'ammalato



Andrea Lopes Pegna si è specializzato a FI in Malattie Cardiovascolari e Malattie Respiratorie. Direttore della I.U.O. di Pneumologia dell'AOU di Careggi; è coordinatore del GOM (Gruppo Oncologico Multidisciplinare) delle neoplasie del torace del Dipartimento Oncologico dell'AOU. Ha coordinato la stesura delle Linee Guida regionali su neoplasie polmonari, Asma, Bpco e I.R. Presidente dell'associazione GRECALE.

**D**eve il medico farsi carico anche delle necessità spirituali dell'ammalato, specialmente quando questo si trova nella fase terminale della vita? Oppure deve non affrontarle per niente questa problematica e demandarla al ministro di culto?

Il medico si può trovare però a rispondere a domande quali: "perché a me?", "quale il significato della mia sofferenza?", "quale il significato di una vita così?", "quale il significato della morte?" o ancora "esiste una vita ultraterrena?".

Penso che il medico non possa evitare di aiutare l'ammalato a cercare una risposta a queste domande, perché è dovere morale del medico di occuparsi delle necessità non solo fisiche ma anche psichiche e quindi anche spirituali dei pazienti, perché ci si deve prendere cura della persona nella sua completezza, per tutti i suoi bisogni, e quindi anche per quelli spirituali.

Il medico ha una posizione privilegiata nel capire le preoccupazioni dell'ammalato; molti pazienti hanno paura della loro condizione e del suo significato. Possono rifiutare il conforto di un prete o di altro ministro di culto per una varietà di motivi: la paura, il senso di colpa, gli effetti cognitivi di una malattia seria. Un medico accorto sa accorgersi della crisi dell'ammalato e può rappresentare per lui il punto di riferimento. Può poi far presenti all'esperto in modo più efficace i problemi spirituali dell'ammalato. I bisogni spirituali possono coinvolgere l'ammalato anche quando non è credente, perché la spiritualità indica i modi con cui una persona, religiosa o non, conduce la propria vita in relazione alla questione della trascendenza. Il rapporto col trascendente è sempre unico e personale. La religione è invece un insieme di credenze, testi, regole, rituali e altre pratiche che una particolare comunità si dà per aiutare ad affrontare e condividere il rapporto di relazione col trascendente.

Vladimir Jankélévitch, (1903-1985), ebreo di famiglia russa emigrata in Francia, ha insegnato filosofia morale all'Università della Sorbona; J. ha

scritto nel 1966 il libro "La morte" dove sono riportate le sue lezioni agli studenti su questo tema. Nel libro delinea tra l'altro come può essere vissuta la morte:

La morte in "TERZA PERSONA": "... È la morte in generale, la morte astratta e anonima, o anche la morte propria, nella misura in cui è considerata da

un punto di vista impersonale e concettuale, nel modo in cui, ad esempio, un medico considera la sua propria malattia, o

studia il suo caso, o formula la propria diagnosi... La morte in terza persona è un oggetto come un altro, un oggetto che si descrive o si analizza da un punto di vista medico, biologico, sociale, demografico e che rappresenta quindi il colmo dell'oggettività atragica".

La morte in "PRIMA PERSONA": "... È sicuramente fonte di angoscia; è un mistero che mi concerne intimamente e nel mio tutto. È di me che si tratta, me che la morte chiama personalmente col mio nome, me che si addita e si tira per la manica... Chi sta per morire muore da solo, da solo affronta quella morte personale, che ciascuno deve morire per suo proprio conto, da solo compie il passo solitario che nessuno può fare al nostro posto e che ciascuno, arrivato il momento, farà per sé singolarmente. Non c'è qualcuno ad aspettarci sull'altra riva. Nessuno verrà ad augurarci il benvenuto alle porte della notte. Anche Pascal, come è noto diceva: "Morremmo soli". Cos'è d'altronde l'assistenza religiosa, se non una sorte di tentativo impotente e puramente simbolico per popolare la solitudine del passo più disperatamente solitario di tutta la vita, per scortare il viaggiatore durante l'ultimo viaggio? ... Non si deve lasciare solo colui che sta per morire... Senza dubbio l'idea del "soccorso" in generale, *auxilium*, risponde a questa preoccupazione di accompagnare o circondare l'uomo solo... Purtroppo l'istante supremo non comporta compagni di strada. Si può "aiutare" il moribondo isolato, o in altre parole vegliare l'uomo in istanza di morte fino al penultimo istante, ma non lo si può dispensare dall'affrontare l'ultimo istante da solo

ANDREA LOPES PEGNA

Direttore SOD Pneumologia 1, AOU Careggi, Firenze

*e in prima persona... Così come la religione, il razionalismo ha la fobia della solitudine della morte... Conformemente all'esperienza della tragedia, nel Fedone, non si permette che Socrate resti solo nemmeno un minuto ad attendere la straziante solitudine della morte, né che taccia un solo minuto in attesa del grande silenzio definitivo della morte: gli ultimi momenti di Socrate saranno dunque un lungo dialogo che riempie di frasi ragionevoli i vuoti del silenzio che anima la solitudine desertica dell'agonia...".*

La morte in "SECONDA PERSONA": "... Tra la morte dell'altro, che è lontana e indifferente, e la morte-propria, che tocca il nostro stesso essere, c'è la prossimità della morte del prossimo. La morte di un essere caro è quasi come la nostra, quasi altrettanto lacerante della nostra...".

Il medico purtroppo però vive spesso la morte del suo paziente in "terza persona". Spesso anzi per la difficoltà di stare vicino al morente, si allontana da lui proprio nella fase più critica, anche se in realtà è compito del medico stare sempre vicino al paziente anche quando questi è morente.

Il medico dovrebbe sempre ricordare le parole di Jerry L. Old, geriatra e medico di famiglia americano: "... Quando un paziente si rende conto che la propria morte è vicina, vive un momento di enorme crescita personale. Aiutare i pazienti in questo loro percorso può essere una delle cose più gratificanti che un medico può fare in medicina. È richiesto per questo che il medico si senta a proprio agio quando pensa al proprio stato di finitezza e sappia rimuovere le barriere tra sé e il paziente. I medici che esercitano cure di fine vita sanno che è "OK" essere strettamente legati ai propri pazienti e vivere le emozioni che essi vivono...".

Bisogna quindi educare il nostro cuore ad "ascoltare", riprendendo la frase biblica "lev shomea" (un cuore che ascolta - Il libro dei Re 3, 9).

Spesso poi per la difficoltà ad affrontare il problema della morte imminente, specialmente nell'ambiente ospedaliero, dove il primo obiettivo è quello di "salvare le vite", si supera, anche senza rendersi conto, il limite delle/alle cure.

Mi occupo nella mia professione degli ammalati di tumore polmonare, malattia dall'elevata letalità; dai dati forniti dal Registro Tumori della Regione Toscana sappiamo che elevata è la percentuale di soggetti che sono sottoposti fino all'ultimo mese di vita a trattamento chemioterapico, quindi futile.

Da qui l'importanza di un percorso formativo nell'approccio al morente e alle cure di fine vita. Il piano di studi attuale, sia per la professione medica che per quella delle scienze infermieristiche, ha cominciato solo da poco a ritenere importante la formazione anche sulle cure di fine vita.

Il gruppo GRECALE (GRuppo Etico CAreggi per la LENiterapia), nato ormai 8 anni fa come gruppo spontaneo di operatori di Careggi e non solo, e poi costituitosi in associazione, che ho l'ono-

re di presiedere, si riunisce mensilmente per affrontare le problematiche relative alle cure di fine vita. GRECALE ha tra i suoi principali obiettivi proprio quello di formare il personale sanitario tutto (sia questo ancora in formazione o sia già impegnato nel proprio campo di lavoro) a un approccio diverso col morente, che faccia considerare la morte non più la morte dell'altro, come morte in "terza persona", ma che sia capace di aiutare a lenire le sofferenze globali del morente, che sia più vicino a tutti i suoi bisogni, siano questi fisici che psicologici, anche se non è preteso, ma auspicabile, che la morte dell'altro venga vissuta sempre con la stessa partecipazione come avviene per la morte in "seconda persona".

È possibile formare perché gli appartenenti a GRECALE con i loro incontri mensili seguono loro stessi un continuo percorso formativo, che spesso si basa sullo scambio delle proprie esperienze coi morenti.

Uno degli elementi principali che cerchiamo di trasmettere è che è più facile il rapporto col morente se vissuto in clima di verità.

Senza violentare chi è alla fine della vita, con la trasmissione della verità non richiesta, bisogna però imparare a capire quando il morente vuole conoscere la verità della sua condizione di malattia e questo, nella mia esperienza, posso dire che accada quasi sempre, anche se è spesso più comodo per i sanitari e per tutti coloro che gli stanno vicini (familiari, care givers) nascondere la verità per più quanto tempo è possibile, trincerandosi sul fatto che sapere la verità potrebbe essere di danno per la persona alla fine della vita.

Interessante sottolineare che in ambito etico medico ebraico esiste a questo proposito un vivace dibattito se dire o no la verità al morente, quando non ci siano più terapie specifiche per la propria malattia (anche se rimane immutata ovviamente la possibilità di prendersi cura dell'ammalato). C'è chi pensa che col comunicare la verità si rischi di accorciare la vita del morente, a causa dello stress psicologico che gli si potrebbe causare; dato che la vita è sacra, anche un minuto di vita in meno equivarrebbe a violare la sacralità della vita. D'altro lato nel Libro di Giobbe (28. 28) è scritto "... E disse all'uomo: «Ecco il timor di Dio è Sapienza, allontanarsi dal male è conoscenza». Dire la verità può aiutare a lenire la sofferenza per una malattia che peggiora progressivamente, per non dare false speranze e quindi poi amare delusioni per un miglioramento che non arriverà mai.

Alle volte è sufficiente uno sguardo, un silenzio, al quale l'ammalato risponde con un silenzio o sguardo egualmente eloquente, ma che comunica quasi sempre un "grazie".

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [lopespegnaa@aou-careggi.toscana.it](mailto:lopespegnaa@aou-careggi.toscana.it)

TM

# La dimensione religiosa nel rapporto medico-paziente

## Un approccio empirico



Guido Miccinesi, laureato in Medicina e Chirurgia presso l'università di Firenze, specialista in Psichiatria e Statistica, lavora come epidemiologo presso l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica. Ha partecipato a numerosi studi nazionali e internazionali su cure palliative e leniterapia.

**L**a dimensione religiosa del paziente interessa il medico come professionista? È un aspetto che può avere uno specifico effetto nel percorso di cura della persona e quindi che non va trascurato all'interno della relazione medico-paziente?

Che si tratti di temi importanti per una buona parte dei propri assistiti è fatto noto. Forse le proporzioni sono nuove a chi legge,

il fatto cioè che oltre due terzi dei malati si dicono interessati a questi temi nella loro vita quotidiana e ancor di più in occasione di una malattia importante. Specularmente, i due terzi dei medici ritengono importanti le proprie convinzioni religiose o filosofiche quando si confrontano con gli aspetti etici più impegnativi della loro pratica clinica, quali le decisioni mediche di fine vita.

La domanda successiva è se oltre che con le preferenze dei loro assistiti questi temi possano avere a che fare con la loro salute. Gli studi osservazionali che hanno indagato la possibile associazione tra religione e stato di salute sono soggetti a tutte le distorsioni che ogni studio epidemiologico deve affrontare ma risentono anche della particolare ambiguità di quella che, in termini tecnici, viene definita "esposizione": cosa dobbiamo intendere per religione? Per questo motivo l'unica associazione riportata in letteratura che pare ancora avere un interesse in campo epidemiologico è quella tra riduzione della mortalità e pratica religiosa, definita in termini comportamentali (come "pratica" appunto, come partecipazione e a delle ritualità sociali). L'associazione c'è, e suggerisce di riprendere gli sforzi della ricerca epidemiologica su questo tema.

Il principale problema da risolvere, accanto alla definizione della esposizione, è quello del "confondimento residuo": il fatto cioè che queste analisi potrebbero attribuire alla pratica religiosa un effetto dovuto invece a una più generale propensione al coinvolgimento e alla partecipazione sociale, che ovviamente può avere tutt'altre mediazioni accanto alla partecipazione a pratiche religiose.

Questo rientra direttamente nel campo di interesse del medico o è solo un aspetto da considerare ed eventualmente coordinare in situazioni di cura che richiedano un approccio completo alla persona (per esempio nel caso di malattie che minacciano la vita o ledono l'integrità fisica)?

La seconda opzione è in genere preferita in letteratura. Ad esempio le recenti *pathways* per le cure di fine vita suggeriscono al medico, nel caso di cura resa a un morente in vari *setting* di cura (ospedale, hospice, domicilio), di ricercare esplicitamente se un'assistenza spirituale rientri nelle aspettative e nelle preferenze del paziente.

Il professor Kenneth Pargament, docente di psicologia alla Bowling Green State University (Ohio, USA), presente a Firenze il 4 maggio scorso, ha portato il discorso un gradino oltre, nel campo specifico della psicoterapia. L'occasione per incontrarlo è stata promossa dall'Associazione degli Psicologi e Psichiatri Cattolici, nell'ambito della giornata di studio "Stress, domanda di aiuto e religiosità". La giornata di studio è stata patrocinata, fra gli altri, dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze.

GUIDO MICCINESI\*, DEBORA MELONI\*\*,  
ROBERTO GIULIO ROMANELLI°

\* *UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva-ISPO Firenze*

\*\* *UO Psichiatria AUSL 1, Massa e Carrara*

° *Dipartimento di Medicina Interna, Università di Firenze*

L'esperienza professionale, comprovata da ricerche cliniche che hanno portato a numerose pubblicazioni in importanti riviste mediche e psicologiche, ha convinto il prof Pargament che la "ricerca del sacro", come egli ha definito la spiritualità, sia un fattore da tenere presente e trattare come specifico, non riducendolo ad altro, nella pratica psicoterapeutica; tale fattore può favorire sia strategie di *coping* positivo ed evolutivo ma anche favorire aspetti conflittuali e possibile regressione. È importante sottolineare come Pargament comprenda all'interno della dimensione del sacro non solo la religione che la persona segue ma anche una religiosità naturale dove il sacro è identificato come la scintilla che mette in azione il motore umano, quella "cosa" (aspirazione, passione, desiderio) a cui la persona offre tutta la sua devozione. Su questo egli ha presentato il suo modello di *assessment* e intervento, cui gli interessati possono riferirsi per un confronto (*Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*, by Kenneth I. Pargament, 2007).

Ma il Professore dell'Ohio ha cercato di fare di più, presentando anche riscontri empirici secondo il modello dei trial randomizzati. In particolare una sua recente ricerca suggerisce un diverso innalzamento della soglia del dolore e una diversa riduzione degli episodi di cefalea (in soggetti cefalalgici) quando si utilizzino diversi "oggetti" per una pratica meditativa di 20 minuti giornalieri per un mese. Questo risultato contraddice il pensiero prevalente oggi rispetto alla pratica della meditazione, che in diverse forme sta conquistando campo e interesse in psicoterapia e in psicologia clinica.

Secondo quanto Pargament ha esplicitamente commentato, l'aspettativa era che gli effetti della meditazione sullo stato di salute fossero indipendenti da ciò cui la pratica meditativa si indirizzava. È risultato invece che il gruppo che meditava su Dio (spetterà alla pubblicazione scientifica del

Professore spiegare come egli ha operazionalizzato questo nel suo studio) aveva risultati migliori dei gruppi che meditavano su altro e del gruppo che seguiva esclusivamente tecniche di rilassamento muscolare progressivo. Pargament ha condotto dagli anni '90 ad oggi numerose ricerche in gruppi di pazienti con HIV-AIDS, artrite reumatoide, tumore del seno, asma, o che avevano subito interventi di cardiocirurgia, e ha costantemente rilevato come strategie di *coping* che usino positivamente la dimensione religiosa siano associate ad outcome positivi per la salute fisica e psichica.

L'aspetto importante è appunto quest'ultimo, che è stato anche tradotto in uno strumento di *assessment* specifico – RCOPE –: distinguere la conflittualità religiosa potenzialmente innescata proprio dall'evento malattia, a vari livelli ("Perché [tu o Dio] non hai pietà per me?", "Perché la mia comunità non mi aiuta?", "Che colpa ho commesso?"), dalla religione come risorsa positiva per fronteggiare, adattarsi, superare la malattia. Sulla prima allo psicoterapeuta spetta intervenire come è ben addestrato a fare per la conflittualità in genere, riconoscendo però la specificità del conflitto e non riducendolo ad altri. Sulla seconda l'invito di Pargament è ad allargare le proprie capacità di valorizzare le risorse dei propri pazienti, imparare a interagire con essi anche su questi piani, di nuovo senza frapporre barriere o riduzionismi, perché si tratta, nella sua esperienza, di risorse preziose per la terapia.

Non si promette niente, si cerca di capire e si imposta un piano di valutazione empirica delle proprie ipotesi di comprensione e cura dell'uomo malato. D'altra parte si rompe una sorta di tabù, quello che su questi aspetti un discorso pubblico non si possa più fare se non in termini, spesso molto insoddisfacenti, di confronto etico. L'augurio è che nelle nuove generazioni di medici e psicologi qualcuno sappia cogliere l'occasione per un discorso nuovo, e andare avanti. **TM**

*Pubblichiamo insieme i contributi del Dott. Lopes e del Dott. Miccinesi che, pur provenendo da esperienze professionali e ideali diverse, affrontano un tema di grandissima importanza. Nell'epoca dei maggiori trionfi della tecnica, che consentono alla medicina risultati impensabili anche pochi anni fa, il rapporto del medico con la spiritualità del paziente rappresenta un elemento relevantissimo nella relazione di cura. Con questi articoli auspichiamo di iniziare un dibattito aperto e proficuo.*



Enrico Solito è nato a Roma nel 1954. Pediatra e neuropsichiatra infantile, vive ed esercita la professione in Toscana. È membro di varie associazioni scientifiche e dell'Associazione Sherlockiana Italiana "Uno Studio in Holmes" per la quale cura la rivista "The Strand Magazine".

# Apologia del dottor Watson

**L**o studio dei 56 racconti e dei 4 romanzi che apparvero sotto la firma di Arthur Conan Doyle rappresenta per gli appassionati fonte di godimento intellettuale da oltre cento anni.

Le figure di Sherlock Holmes e del Dottor Watson sono popolari in tutto il mondo e non vi è angolo dell'universo conosciuto dove disegnando con aria indifferente la ben nota *silhouette* dell'investigare di Baker Street non si abbia un sorriso d'intesa e una pacca sulla spalla da parte dell'interlocutore. Purtroppo tuttavia la conoscenza del grosso pubblico di questi personaggi così importanti nella cultura mondiale è stato distorto, paradossalmente, dai numerosi film e imitazioni che pure ne testimoniano la popolarità. Ed ecco che in Italia siamo convinti che l'animale citato nel caso della famiglia Baskerville fosse un mastino, mentre era un Hound, cioè un enorme segugio, o che la frase più usata da Holmes fosse "Elementary Watson", una sciocchezza saccente che mai il poveretto si sognò di pronunciare, come si vede leggendo i romanzi di Conan Doyle. E soprattutto che John H. Watson fosse poco più di un balordo sciocco, un po' buffo e tenero ma assolutamente stupido.

La verità anche in questo caso è assolutamente diversa ed è giunta l'ora che almeno tra noi colleghi l'onore e la reputazione di Watson vengano infine ristabiliti. Vediamo dunque cosa emerge dallo studio dei testi a proposito di Watson.

Il Buon Dottore - così è noto tra gli holmesiani - è sempre stato parco di notizie su se stesso, modesto com'era. Si suppone che sia nato intorno agli anni '50, visto che si laureò nel 1878: da un passaggio si può forse dedurre che abbia passato qualche anno da ragazzo in Australia prima di tornare in patria per completare gli studi e laurearsi all'università di Londra. Aveva frequentato il St. Bartholomew's Hospital prima di arruolarsi nell'esercito come medico militare. Della sua famiglia sappiamo ben poco, se non che doveva essere abbastanza agiata, se fu permesso al giovane John di seguire gli studi medici e se

suo fratello fu lasciato alla morte del padre "con buone prospettive".

Ma il fratello maggiore, dal nome che cominciava con H, come quello del padre, dilapidò il patrimonio e morì povero dopo esser finito alcolizzato: Holmes dedusse questa storia da piccoli graffi sull'orologio di Watson, scatenandone la reazione. I rovesci legati alla morte del padre e la rovina del fratello portarono presumibilmente John alla carriera militare, soprattutto per l'impossibilità di avviare uno studio professionale senza un congruo capitale di partenza: la cosa era piuttosto comune tra i giovani medici. Dopo il ritorno dall'India e la sua messa a riposo, conobbe Mary Morstan, che sposò e che lo incoraggiò a riprendere la professione. Rimasto vedovo, tornò a vivere a Baker Street, prima di risposarsi ma nel 1902 viveva da solo a Queen Ann Street, una strada piena di studi medici di alto livello.

Collaborò con Holmes per 17 dei 23 anni della sua carriera. Considerando che i due si incontrarono nell'81, e che Holmes aveva cominciato presumibilmente nel '77, resta da chiarire quali siano stati i due anni di mancata collaborazione a parte l'intervallo tra il 91 e il 94 quando Holmes se ne andò in giro per il mondo. Uno è l'ultimo della carriera di Holmes, quando Watson si era risposato, ma l'altro? Secondo Dorothy Sayers, Watson, come il suo amico Conan Doyle, era andato nel '99 in Sudafrica come volontario per la Guerra Boera: e in effetti non ci sono casi riferiti a quell'anno.

Fisicamente era un uomo massiccio, di media taglia, anche se Stamford, lo definì "magro come un chiodo", evidentemente in relazione agli stenti patiti in Afghanistan. Aveva il



ENRICO SOLITO

*Pediatra e Neuropsichiatra infantile*

collo fine e un paio di baffi definiti “modesti”, lasciati crescere dopo l'ingresso all'università. Era robusto, anche se talora dichiarò di sentirsi vecchio e reumatico. Il suo portamento militare e la sua dignità l'accompagnarono tutta la vita.

La sua dedizione indiscussa per l'amico Holmes ha fatto spesso passare per sciocco un personaggio che non lo era affatto. Purtroppo alcuni film di cassetta hanno sciaguratamente influenzato l'idea che il pubblico ha di lui. Il Watson di Nigel Bruce, nei famosi film con Basil Rathbone, è quanto di più stupido, ma anche più lontano dal vero Watson, che si possa immaginare: in realtà Holmes lo stimava moltissimo e non si peritò a dirglielo a più riprese. Tra le sue qualità, il buon senso, la logica la praticità la tenacia e l'*humour*, per non parlare della modestia, della capacità di ascoltare senza interrompere e di fare da spalla senza disturbare. Watson confessò dal canto suo un caratteraccio, pigrizia, incapacità finanziaria e la tendenza a spendere metà della sua pensione nelle corse dei cavalli: questa però è stata poco più di una battuta, perché si trattava di pochi spiccioli. Aveva un certo successo con le donne.

Watson fu sempre molto vicino a Holmes, prima strettamente, poi un poco meno durante il matrimonio con Mary: rischiò per lui la vita, e talvolta perfino l'onore. Fu sempre, fino alla fine, il suo più grande amico.

Il Buon Dottore sta a Holmes come la luce riflessa a quella piena, ma senza di lui, senza il suo affetto e la sua penna, Holmes non sarebbe quel personaggio immortale che è.

Nell'ottica di sistematica denigrazione di Watson, che probabilmente cominciò con le commedie di William Gillette e che poi ha dato la stura a tutta una micidiale genia di film e libri, soprattutto americani, il Buon Dottore è stato spesso presentato come un mediconzolo di secondo piano, dallo scarso successo professionale e ancor minori capacità. In verità, le cose stavano in ben altro modo. Laureatosi a Londra nel 1878, Watson si avviò alla carriera militare, nell'ambito della quale ben operò, se è vero che tanti anni dopo era ancora in buoni rapporti con i pazienti che aveva curato in Afghanistan. Dopo il suo matrimonio rilevò uno studio nel quartiere di Paddington dal “vecchio Mr Farquhar” e in pochi mesi riuscì, grazie alle sue capacità, a renderlo fiorente: i pazienti avevano così fiducia in lui da “non stancarsi mai a lodarne le virtù” e mandargli altri pazienti. Già poco dopo era occupato tutto il giorno e rientrava in casa tardi; aveva già pazienti altolocati. Holmes dedusse che era molto occupato e che il suo studio andava benone (anche se con una osservazione francamente tirata per i capelli: il grado di consumo dei suoi gradini, pro-

porzionale alla quantità di gente che ci camminava sopra, cosa che in realtà avrebbe richiesto decenni interi. Ma può darsi che forzasse il ragionamento per fare i complimenti all'amico). Come gli altri medici dell'epoca teneva certamente anche lui una lampada rossa accesa di notte fuori della porta, come riconoscimento, e portava lo stetoscopio sotto il cappello.

Aveva un occhio clinico eccezionale, in grado di capire alla prima occhiata le gravi condizioni di chi aveva davanti ed era molto scrupoloso: alcune volte passò gran parte della giornata al capezzale di un paziente che riteneva grave, faceva e studiava tardi la sera per una visita e si dimostrò pronto a uscire la notte per un malato. Era anche compassionevole: si recò, di notte, in una fumeria d'oppio per ritrovare un suo paziente tossicomane. Studiava molto: si buttò nella lettura “dell'ultimo libro di patologia recapitatomi dalla biblioteca” per distrarsi dall'idea di Mary; era immerso nella lettura, già a colazione, del *British Medical Journal*, e appena presentato al Dott. Trevelyan, lo riconobbe subito come l'autore di una monografia sulle lesioni nervose oscure; ancora citò subito a Holmes il nome del più famoso esperto nel campo delle malattie tropicali; e discusse delle più moderne vedute francesi sulla monomania; spesso lo ritroviamo immerso, la sera, nella lettura di un recentissimo trattato di chirurgia. Come sostituto aveva il dott. Ansruther o talvolta Jackson.

Lo studio sembra fosse situato a Kensington, a Paddington, a Mortimer Street, nel West End: evidentemente si spostò varie volte. D'altra parte sembra che abbia avuto dei momenti in cui si era disinteressato della professione: probabilmente in seguito al dolore della morte della moglie, ad esempio. Nel 1896-7, ammise di aver perduto i contatti con la professione, ma di essersi poi ripreso.

Holmes ebbe sempre grande fiducia nelle capacità del suo amico come professionista: quando si finse morente, lo tenne rigorosamente a distanza, convinto di non riuscire ad ingannarlo da vicino malgrado tutti i suoi trucchi; accettò la diagnosi di depressione del suo amico e la sua terapia; e accettò senza discutere il suo parere sul momento della morte della vittima; una volta gli chiese disperato di salvare Lady Francis Carfax, che grazie agli sforzi di Watson, sopravvisse.

Un ottimo medico dunque, aggiornato e di buon senso, un amico fedele, un uomo intelligente e generoso. Signori, colleghi, giù il cappello davanti a John H. Watson, MD!

TM



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

# “I giovani professionisti andranno in pensione con il 25% del reddito”

(CORRIERE DELLA SERA, 9 dicembre 2010)

*Questa perentoria affermazione pubblicata solo un anno fa, più che allarmare i colleghi dovrebbe piuttosto indurre ad alcune, profonde riflessioni in materia di “previdenza previdente”.*

*Il nostro nuovo consulente ENPAM Eugenio Pattarino inizia a stimolarle a partire da questo numero.*

**I**l futuro pensionistico è un problema impellente e non ancora pienamente percepito. I medici da anni si sono abituati a pensare che il futuro della loro pensione sia solo un problema dell'ENPAM.

Non c'è niente di più errato. Ognuno deve ormai valutare la propria necessità di previdenza, deve fare mente locale alle sue necessità quando lascerà la professione.

L'aspettativa di vita si allunga sempre di più (si calcola tre mesi ogni anno: un sessantacinquenne ha adesso un'aspettativa di 18 anni se maschio, e di 21 e mezzo se donna); la pensione derivante dalla previdenza obbligatoria, il cosiddetto *Primo Pilastro*, probabilmente non basterà a garantire lo stesso tenore di vita. Perché?

La pensione si fonda sul principio di solidarietà: i contributi versati da chi lavora servono a pagare le pensioni a chi ha cessato di lavorare e se vi è un avanzo positivo questo va ad incrementare il capitale dell'ente previdenziale, che servirà a pagare le pensioni qualora il saldo divenisse negativo.

Fino ad adesso il patrimonio dell'ENPAM è stato via via accresciuto da questo differenziale positivo: anche nel 2010, anno funesto per l'economia mondiale, il patrimonio dell'ente è cresciuto di più di un miliardo di euro.

Gli enti nazionali regolatori hanno comunque imposto regole contabili più strette per garantire la stabilità futura delle pensioni, ma i “pensionati sono troppi e vivono troppo a lungo mentre i giovani lavoratori sono troppo pochi e guadagnano troppo poco” e questo comporta che le pensioni siano destinate a diminuire e che il potere d'acquisto dei futuri pensionati diminuirà.

Come si deve rispondere a questa situazione?

Ogni professionista deve fare una analisi della propria posizione patrimoniale, ma più che altro deve consapevolmente costruirsi un futuro pensionistico con gli strumenti disponibili.

Ciò è ancora più importante per i giovani colleghi, che si affacciano alla professione e alle responsabilità familiari.

Certo un professionista potrà negli anni col proprio lavoro crearsi un patrimonio tale da garantirgli una serena vecchiaia, ma sarà, con i tempi che corrono, sempre più difficile.

Ecco dove si inserisce l'offerta del *Secondo Pilastro Pensionistico* rappresentato dai Fondi Pensione.

Cosa differenzia un Fondo Pensione del Secondo Pilastro da quello obbligatorio? La previdenza obbligatoria funziona in maniera solidaristica, i contributi dei lavoratori servono in massima par-

EUGENIO PATTARINO

Medico di medicina generale. Firenze

## Eugenio Pattarino esperto ENPAM presso l'Ordine di Firenze

Dal 1° ottobre l'Ordine ha chiesto al dr. Eugenio Pattarino di fungere da consulente e tramite per le problematiche previdenziali; in particolare Enpam e pensioni integrative.

È possibile porre quesiti attraverso l'ufficio ordinistico rivolgendosi a:

Marina Dini - Tel. 055.496522 int. 1

te a pagare le pensioni e solo residualmente ad incrementare il patrimonio dell'ente.

Invece nel Secondo Pilastro i contributi, versati volontariamente dai singoli professionisti, vengono a costituire un fondo di accumulo personale indirizzato a un investimento finanziario deciso dal singolo iscritto, secondo il proprio profilo di rischio.

Essendo detto fondo ad "accumulo" con interessi composti è facilmente comprensibile che anche piccole cifre versate negli anni possano determinare nel tempo un discreto patrimonio da cui ottenere un'adeguata integrazione pensionistica.

Deriva da questa caratteristica l'importanza di accendere quanto prima una di queste posizioni pensionistiche.

Certo si potrà obiettare che il giovane professionista abbia necessità di investire molto nel proprio lavoro e nella famiglia, ma bisogna considerare il guadagno in termini immediati, rappresentato dalla detraibilità fiscale di quanto versato e quindi un risparmio sull'aliquota marginale e la possibilità di poter adeguare la cifra versata alle proprie necessità; di fatto è possibile anche sospendere il versamento per qualche periodo o ridurlo a un minimo.

Questioni di spazio editoriale costringono a rimandare a un'altra volta un'esamina più dettagliata dei Fondi Pensione, ma comunque si spera di aver stimolato i lettori a prendere in seria considerazione l'argomento.

TM

## Ricordo di Bruno Caini



**U**n Maestro. Non so trovare parola più adeguata per ricordare Bruno Caini, scomparso all'improvviso in un pomeriggio del torrido agosto 2011. Se ne è andato con lo stile misurato e sobrio che sempre lo ha accompagnato, mantenendo fino in fondo quel dolce sorriso, quasi impercettibile, che

bene illustrava la lucida ironia con cui sapeva leggere i fatti della vita.

L'ho conosciuto a metà degli anni '70, ero appena laureato e cominciavo la specializzazione in Cardiologia. Subito mi colpì per le sue intuizioni e per le conseguenti scelte organizzative attuate nel Centro Cardiologico di S. Giovanni di Dio, allora situato nella splendida sede di Borgo Ognissanti. Quelle che oggi sembrano novità, nello scenario dell'organizzazione sanitaria, Bruno Caini le aveva già messe in atto in anni in cui non solo non esistevano le Aziende Sanitarie ma era ancora di là da venire la legge 833 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Grazie alla sua lungimiranza ed al suo impegno, già nei primi anni '70 presso la Cardiologia da lui diretta si svolgevano attività allora dette di "Medicina Sociale" e che oggi chiameremmo di "Medicina d'Iniziativa". I pazienti che presentavano particolari patologie (ad esempio, ipertensione, vasculopatia aterosclerotica polidistrettuale) venivano invitati a frequentare gratuitamente il Centro Cardiologico secondo periodici programmi di educazione sanitaria gestiti dagli infermieri. Questi gruppi, sempre molto partecipati, stabilivano con gli infermieri del Centro un rapporto interattivo, per cui l'infermiere era in grado di filtrare le problematiche che via via si presentavano ed indirizzare eventualmente i pazienti a quello che oggi chiameremmo il "percorso clinico appropriato". Una bella anticipazione di quell'autonomia professionale de-

gli infermieri, solo oggi pienamente riconosciuta!

Un altro cardine del lavoro giornaliero era la cura del rapporto con i medici di medicina generale: tutti i cardiologi da lui diretti sapevano che altrettanto importante del referto tecnico era la relazione clinica, dove il dato oggettivo doveva accompagnare ma non sostituire le fasi fondamentali dell'anamnesi e dell'inquadramento prognostico. Era perciò obbligatoria una lettera, scritta a macchina, al medico curante, garanzia di una comunicazione chiara e destinata a durare nel tempo, in epoca pre-computer. Le sue grandi doti intellettuali non si limitavano ad eccellenti capacità logiche, ma erano anche e soprattutto alimentate da una prodigiosa intelligenza emotiva. Aveva un'eccezionale capacità di leggere i contesti in cui si trovava, di capire immediatamente le persone con cui entrava in relazione, consapevole che una parte importantissima della visita sta nell'ascolto del paziente, un ascolto che Lui sapeva indirizzare non solo ai fatti di rilevanza medico-sanitaria, ma anche e soprattutto al contesto umano del paziente. Ciò che oggi va sotto il nome di Medicina Narrativa, di individualizzazione della cura, Lui ed i suoi collaboratori lo attuavano con successo già molti decenni fa! Già allora aveva intravisto i rischi di un'eccessiva tecnicizzazione della Cardiologia e in proposito Lui soleva dire: "saremo sempre più chiamati a fare i cardiologi per gli altri cardiologi". Intendeva che un'applicazione fredda ed acritica delle tecnologie non poter bastare, per cui il paziente avrebbe ricercato chi avesse voluto/saputo/potuto integrare i tanti dati strumentali o di laboratorio secondo una prospettiva clinica più ampia.

Bruno Caini è stato un Maestro, dunque molto "di più" - *magis* - di un docente, cioè di chi insegna e basta. È stato anche e soprattutto una guida, nella difficile ricerca della strada che porta alla profonda *comprensione del malato* di cuore piuttosto che alla semplice *spiegazione della malattia* cardiovascolare.

Alfredo Zuppiroli



## Ancora sulla Slow Medicine

**C**ondivido totalmente il fondo del Presidente Antonio Panti, "Slow Medicine, ovvero elogio della lentezza", apparso su Toscana Medica n. 7, luglio-agosto 2011.

Alcune delle riflessioni ivi contenute sono riprese ed ampliate nell'intervento del medesimo, in occasione del giuramento dei neolaureati iscritti all'Ordine di Firenze il 28 marzo 2011.

Sono circa trent'anni che la professione medica è notevolmente mutata per gli enormi progressi scientifici e tecnologici e la "cura" delle malattie si è sempre più limitata alla applicazione di nozioni e tecniche diagnostiche raffinate e di terapie standard secondo "linee guida", tenendo presenti criteri economico-aziendali.

Non mi è mai piaciuta la dizione *Azienda* USL: la cura della *persona* che soffre non è come la gestione di una azienda manifatturiera o industriale.

La Sanità pubblica non ha come obiettivo il guadagno, ponendo attenzione all'uso corretto delle risorse, ma impegnarsi sempre per il migliore trattamento diagnostico-terapeutico del paziente.

Dicevo sopra *persona*, e non malato in questo organo o in quell'apparato, un corpo che la medicina specialistica ha scisso in tante componenti, perdendo di vista l'assoluta unità psico-fisica dell'uomo.

Ogni sofferenza del corpo è anche sofferenza della Mente (anima, psiche) e ogni sofferenza mentale ha profonde ripercussioni sul corpo (Psicosomatica).

Ogni uomo è diverso dagli altri ed irripetibile nella sua Personalità, come si è strutturata dalla nascita su basi genetiche ed esperienze ambientali fino alla morte.

Allora è fondante che il medico, ogni medico (di famiglia, ospedaliero, universitario, libero professionista) deve ascoltare una persona che soffre.

L'ascolto richiede il giusto tempo per ogni persona che fornisce al medico sempre le indicazioni per una diagnosi, poi confortata dai necessari supporti tecnologici donde deriva una terapia individuale.

Il Presidente Panti e altri colleghi hanno fondato una Associazione per la *Slow Medicine*, dovremmo tutti aderire e cambiare la nostra *forma mentis* che segue i fasti della tecnica, della velocità, dell'efficienza, della competizione, etc.

Del resto non solo la Prassi medica è impron-

tata a questi mistificanti criteri, ma la vita intera delle Società occidentali percorre questa strada che porta anche a molte patologie fisiche e psichiche in costante aumento.

Il Presidente ricorda "...considerare il tempo del colloquio come tempo di cura, forse il più importante nel rapporto con il paziente".

È quanto la medicina greco-ellenistica (V- III sec a.C.) aveva indicato nel mirabile "Corpus Hippocraticum" (Prognostico, Sull'antica Medicina, Sulle arie, acque, luoghi, etc.) sinossi delle Scuole di Cnido, Cos e Pergamo che avevano ereditato e ampliato le conquiste della Scuola di Alessandria.

Il tempo dell'ascolto è tempo *vissuto*, più importante del tempo fisico, secondo la magistrale distinzione di Eugene Minkowski.

Ogni medico deve *vivere* il tempo con il suo paziente come hanno fatto i miei Maestri Mario Tobino e Adolfo Pazzagli ciascuno con profonda formazione, cultura ed esperienza basate sulla Clinica.

Hanno vissuto e lavorato per quaranta e più anni in ospedale, clinica, studio ascoltando la persona che soffre, non seguendo schemi, tabelle, standard terapeutici, protocolli strumentali, ma cogliendo l'individualità originale del singolo e "curando" quella persona secondo i suoi specifici caratteri.

La Medicina è stata da Ippocrate a pochi decenni fa definita Arte.

L'Arte Medica prevede per essere esercitata non solo competenza specifica, ma anche libertà di giudizio, di scelta, di approccio diagnostico, di fantasia, di creatività, di originalità che ogni medico deve esprimere nella propria professione, nel rapporto con tutti i pazienti.

Occorre ritornare a quella un tempo chiamata Medicina Umanistica, ossia Medicina dell'Uomo e per l'Uomo, in aiuto del quale è sorta e si è espressa mirabilmente nei secoli, arricchita da scoperte e da progressi tecnologici, preziosi se inquadrati ed adoperati correttamente, senza mitizzazioni e illusioni di onnipotenza, una Medicina dell'ascolto e della riflessione.

*Franco Bellato*

Vice Presidente Fondazione Mario Tobino

*Apriamo davvero un dibattito sulle necessarie modifiche del nostro moderno modo di esercitare la professione.*

*Antonio Panti*

# Associazione “Slow Medicine”

## I risultati di un convegno a Ferrara

*Pubblico volentieri la lettera del Collega Dolara, augurandoci che anche in Toscana si formi un gruppo che collabori con questo movimento nazionale di riflessione sui limiti della medicina e sui modi di esercitarla.*

Antonio Panti

**S**low Medicine, ancora uno slogan! Questa volta riguarda un'attività indispensabile per la nostra salute e, come tutti gli slogan, rappresenta una modalità di comunicazione efficace per esprimere rapidamente concetti e modi di pensare molto più ampi. Lo ha bene illustrato Antonio Panti in un editoriale, comparso su Toscana Medica del luglio u.s. dal titolo “Slow Medicine, ovvero elogio della lentezza” nel quale vengono sottolineati i vantaggi di un tale modo di concepire la medicina moderna.

Il concetto di *slow* applicato alle attività umane ha radici lontane, se si vuole addirittura poetiche: Dante Alighieri nel Canto III del Purgatorio biasima la fretta “...che l'onestade ad ogni atto dismaga...”.

Quello di *slow food*, molto più recente, si è affermato nel nostro Paese non in semplice opposizione al termine *fast food* di importazione anglosassone, inteso come rapida assunzione del cibo, ma con una valutazione completamente diversa della produzione delle sostanze alimentari, considerate un “prodotto intelligente” dell'attività umana e non come una semplice “merce” da consumare.

Questi precedenti mi sono stati utili per pubblicare sul Giornale Italiano di Cardiologia nel 2002, un articolo intitolato “Invito ad una *Slow Medicine*” nel quale venivano riportati molteplici esempi per dimostrare che la fretta nella pratica medica può condurre a risultati negativi o comunque altamente discutibili, sia per quanto riguarda la prevenzione che la cura dei pazienti.

Negli Stati Uniti sta diventando un best seller il libro pubblicato nel 2008 di Dennis McCullough, medico di famiglia e geriatra al Dartmouth Institute, dal titolo piuttosto eloquente: “My mother, Your Mother: Embracing Slow Medicine, the Compassionate Approach to Caring for Your Aging Loved Ones”. In altre parole la protezione con metodi dolci, lenti delle fragili persone anziane di fronte all'aggressività della medicina

moderna ritenuta dall'Autore poco confacente per questi pazienti.

Ritornando nel nostro Paese, nel quale come abbiamo accennato s'intende dare al concetto di *Slow Medicine* una valenza più ampia, si è svolto nel giugno u.s. a Ferrara un convegno sul tema organizzato da Andrea Gardini, direttore sanitario dell'azienda ospedaliera universitaria della città cui hanno partecipato numerosi operatori dei vari settori della sanità.

Il convegno era stato preceduto da documento approvato nel maggio 2010 al XX Congresso della SiQuAS-VRQ (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria) nel quale veniva indicata la necessità di dare una forma organizzata al movimento per la *Slow Medicine* fondando un'Associazione.

Nel convegno di Ferrara sono state particolarmente apprezzate le relazioni di Antonio Bonaldi, direttore sanitario dell'ospedale di Monza, che ha presentato i sette “veleni” della medicina moderna con esempi tratti dalla letteratura internazionale ed i relativi antidoti che sarebbero stati possibili con atteggiamenti *slow*, e quella di Sandro Spinanti dal titolo “Elogio della (in)-decisione: perché le certezze sono fast, i dubbi sono slow”, con storie di pazienti emotivamente coinvolgenti.

Sono stati infine presentati i risultati dei gruppi di lavoro interdisciplinari dei partecipanti al convegno che hanno confermato come la “*Slow Medicine*” non è solo uno slogan, ma un modo complesso di ripensare la medicina moderna. All'Associazione per la *Slow Medicine*, ha aderito anche Antonio Panti che ha partecipato attivamente ai lavori del convegno, con l'intento di portare avanti iniziative nella realtà toscana.

Chi desidera intanto maggiori informazioni sull'Associazione può rivolgersi a: e-mail: [info@slowmedicine.it](mailto:info@slowmedicine.it) oppure [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it).

Alberto Dolara  
Agenzia Regionale Sanità

# La conoscenza delle medicine complementari influisce positivamente su costi sanitari e durata della vita

**S**e il medico conosce anche le medicine complementari, si riduce la spesa sanitaria e i pazienti vivono più a lungo. Lo afferma un lavoro dei ricercatori Peter Kooreman ed Erik W. Baars, della Facoltà di Economia dell'Università di Tilburg, pubblicato in giugno sull'*European Journal of Health Economics*.

Lo studio ha esplorato il rapporto costo-efficacia di alcune CAM (Complementary and Alternative Medicine), mettendole a confronto con la medicina convenzionale. Sono stati esaminati i dati di un'assicurazione olandese contenente informazioni trimestrali su costi sanitari (costo del medico di medicina generale, cure ospedaliere, spesa farmaceutica e per attività paramediche), date di nascita e morte, genere e codice di circa 150.000 assicurati negli anni 2006-2009.

I dati di 1.913 medici "convenzionali" sono stati confrontati con quelli di 79 medici di base con una formazione anche in medicina complementare: 25 in agopuntura, 28 in omeopatia e 26 in medicina antroposofica. I pazienti dei medici che alla formazione classica aggiungono quella in medicina complementare hanno un tasso di mortalità inferiore (0-30%); anche i costi si riducono fino al 30%, con percentuali correlate a fascia di età e tipo di medicina complementare.

La diminuzione dei costi è ascrivibile al minor numero di ricoveri ospedalieri e al minore ricorso ai medicinali. Date le caratteristiche dello studio, è improbabile che riduzione dei costi e allungamento della durata di vita siano correlati a differenze dello stato socio-economico dei pazienti.

Per spiegare i risultati lo studio formula alcune ipotesi: la selezione (è probabile che chi è poco propenso a interventi medici si rivolga alle medicine complementari) ma anche il fatto che i medici che conoscono anche la medicina complementare adottino pratiche terapeutiche più adeguate, incentrate su prevenzione e promozione della salute e meno sui trattamenti farmacologici.

I ricercatori olandesi suggeriscono di condurre altri studi controllati sull'argomento, in particolare ricerche su database più completi e studi costi-benefici delle medicine complementari per specifiche categorie diagnostiche.

Sonia Baccetti

**Fonte:** *Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer*, Peter Kooreman • Erik W. Baars, *Eur J Health Econ*, giugno 2011.

Traduzione e sintesi a cura della Rete toscana di medicina integrata.

TM

## Attacco alla professione?

**V**enerdì 29 luglio il Tirreno ha dedicato ben due pagine per elencare gli stipendi dei medici dipendenti della Asl 6, ritenendo ovviamente di dare una importante notizia alla cittadinanza, ma onestamente non sono riuscito a capire né la notizia né la sua motivazione.

Avrei compreso una indagine sui costi della sanità, ma allora perché non pubblicare anche gli stipendi degli amministrativi e degli altri operatori sanitari e parasanitari, i costi delle ristrutturazioni, gli appalti ai vari fornitori ecc. ecc.?

Tra l'altro l'impatto mediatico in un momento di crisi economica, è quello di creare un certo risentimento verso una categoria che certo merite-

rebbe più rispetto, considerando quanto ha dato in termini di abnegazione e di carico di lavoro a tanti concittadini.

Inoltre per correttezza il taglio sarebbe dovuto essere l'opposto, in Europa i medici italiani che lavorano per il SSN sono il fanalino di coda per quanto riguarda gli stipendi, ma non lo sono certo per i carichi di lavoro o per capacità. Da una testata giornalistica storica con il dna di un garibaldino mi sarei aspettato qualcosa di meglio tipo inchieste sui costi dei centri universitari o sui costi della sanità privata, ma alla delusione non c'è mai fine.

Eliano Mariotti  
Presidente Omceo Livorno



## CONCILIAZIONE

*Pubblichiamo il testo integrale del protocollo d'intesa sottoscritto fra l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze e l'Organismo di Conciliazione Fiorentino in materia di mediazione in campo sanitario.*

*Si tratta di un accordo che riteniamo equilibrato e innovativo, nell'auspicio che il rapporto collaborativo instaurato con gli Avvocati sia utile per consentire ai medici e agli odontoiatri di esercitare la loro professione con maggiore serenità.*

*A breve verranno anche organizzati dalla Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Firenze, appositi corsi di formazione dedicati ai medici e agli odontoiatri che volessero svolgere attività di mediatore o perito.*

### Protocollo di intesa

#### PROTOCOLLO

In Firenze, 3 agosto 2011

tra

- **Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze** con sede in Firenze (50129) Via Giulio Cesare Vanini 15, in persona del Vice-Presidente Dott. Mario Barresi

e

- **Organismo di Conciliazione di Firenze - OCF** con sede legale presso il Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Firenze, in Firenze, via Cavour 57, e sede operativa ivi in via Cavour 104, in persona del Presidente Avv. Fabrizio Ariani.

#### Premesso

- che OCF, organismo costituito per iniziativa dell'Ordine degli Avvocati di Firenze e dell'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Firenze, ed al quale ha aderito quale socio fondatore il Collegio Notarile dei Distretti Riuniti di Firenze, Pistoia e Prato, è iscritto al n. 37 del Registro degli organismi deputati a gestire tentativi di mediazione presso il Ministero della Giustizia a norma del D.Lgs 28/2010;

- che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze, ritiene di condividere e sostenere l'istituto della mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie in materia di responsabilità medico-sanitaria ed odontoiatrica, e perciò, nell'esercizio dei propri poteri-doveri istituzionali, intende operare per lo sviluppo della mediazione, favorendo l'instaurazione e/o la ricostruzione del rapporto di fiducia tra medico e paziente e quindi la creazione di un luogo di ascolto, di incontro e di mediazione per la definizione delle dette controversie;

- che il D.Lgs 28/2010 prevede, tra le materie che, a partire dalla data del 21.03.2011, dovranno essere obbligatoriamente e preventivamente sottoposte al tentativo di conciliazione, quale condizione di procedibilità della causa civile, anche le controversie in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica;

- che OCF, nel proprio "Rego-

lamento di mediazione", approvato il 18.03.2011, ha previsto che, in materia di responsabilità medico-sanitaria, il mediatore debba essere individuato tra i professionisti che abbiano dichiarato e dato prova di specifica competenza ed esperienza;

- che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze ed OCF intendono collaborare per offrire un servizio di mediazione di qualità supportato dall'attività di formazione specifica nella quale la Facoltà di Giurisprudenza di Firenze è impegnata da tempo.

#### Tutto ciò premesso, si conviene quanto segue:

1) L'Organismo di Conciliazione di Firenze si impegna ad istituire una sezione speciale ("sezione speciale medica") dell'elenco dei mediatori OCF, per la gestione dei tentativi di mediazione e conciliazione delle controversie in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medico-sanitaria ed odontoiatrica di natura contrattuale ed extracontrattuale, nell'ambito delle disposizioni di cui al D.Lgs 28/2010.

Verranno ammessi alla "sezione speciale medica" dell'elenco dei mediatori OCF:

- **nella Parte I:** gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine della provincia di Firenze (per brevità denominati "sanitari") che abbiano frequentato con esito positivo il corso abilitante previsto dal DM 180/2010, ed abbiano preliminarmente dichiarato e dato prova di specifica competenza ed esperienza nel settore di appartenenza (oltre a possedere i requisiti di onorabilità e di incompatibilità previsti dalla legge e dal Regolamento e dal Codice Etico di OCF ed il superamento delle valutazioni e prove attitudinali iniziali e periodiche previsti da OCF); all'Elenco si accede mediante richiesta di iscrizione documentata da titoli da inoltrarsi ad OCF e, per conoscenza, all'Ordine dei Medici di Firenze, previa deliberazione positiva del Consiglio Direttivo di OCF;

- **nella Parte II:** i mediatori "giurisperiti" (avvocati, commer-

cialisti e notai) ammessi nell'Elenco dei mediatori OCF, i quali abbiano dichiarato e dato prova di specifica competenza ed esperienza ed abbiano frequentato con esito positivo appositi moduli formativi integrativi dedicati alla materia sanitaria;

2) L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze e OCF attribuiscono particolare rilievo al percorso formativo necessario per acquisire il ruolo e le funzioni di mediatore ed a questo scopo riconoscono come particolarmente idonea, sotto il profilo della qualità e dei contenuti scientifici, l'offerta formativa in materia di mediazione promossa dalla Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Firenze, nei propri corsi, o nei corsi all'individuazione dei contenuti dei quali quest'ultima collabora (e che vengono tenuti da altri enti formatori, quali gli enti espressione degli ordini professionali), e specificamente i Corsi di formazione di 50 ore di cui al DM 180/2010 per mediatori professionisti, che prevedono un apposito *focus* sulla responsabilità medica; ed i moduli e corsi formativi integrativi specialistici sulla materia della responsabilità medico-sanitaria ed odontoiatrica specificamente destinati sia ai sanitari (quali mediatori e quali esperti) che ai mediatori "giurisperiti".

3) La frequenza alle iniziative formative promosse in materia dalla Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Firenze nei propri corsi, o nei corsi all'individuazione dei contenuti dei quali quest'ultima collabora (e che vengono tenuti da altri enti formatori, quali gli enti espressione degli ordini professionali), costituisce titolo preferenziale per l'inserimento ed il mantenimento nell'elenco dei mediatori di OCF (Parte I e Parte II);

4) L'Ordine Provinciale di Firenze dei Medici - Chirurghi e degli Odontoiatri si impegna a pubblicizzare il tentativo di mediazione e conciliazione previsto dal D.Lgs. 28/2010 e ad indirizzare verso OCF le richieste dei propri iscritti e dei cittadini in generale, nell'ambito delle controversie in materia di responsabilità medica e odontoiatrica;

5) Stante la partecipazione di



OCF al "Progetto Nausicaa" sottoscritto fra il Tribunale di Firenze, OCF e la Camera di Commercio di Firenze per la gestione dei tentativi di conciliazione su delega del magistrato, L'Ordine Provinciale di Firenze dei Medici - Chirurghi e degli Odontoiatri si riserva eventualmente di collaborare al progetto nei modi e nelle forme che saranno stabiliti con separati accordi.

6) L'Ordine Provinciale di Firenze dei Medici - Chirurghi e degli Odontoiatri si impegna a sostenere l'effettività del presente Protocollo anche con il coinvolgimento delle compagnie di assicurazione e delle aziende sanitarie presenti sul territorio;

7) Al fine di assicurare la piena funzionalità del procedimento di mediazione, nelle controversie in materia di responsabilità medico-sanitaria ed odontoiatrica che presentano di norma un livello di complessità elevato ed un valore medio alto (oltre € 25.001), OCF provvederà alla nomina di due "co-mediatori", un giurisperito ed un sanitario, tratti dalla "sezione speciale medica" dell'elenco dei mediatori OCF, rispettivamente Parte I e Parte II, i quali gestiranno congiuntamente il tentativo di mediazione e conciliazione, con pari responsabilità e dignità, al fine di facilitare il raggiungimento dell'accordo; mentre per le controversie in materia di responsabilità medico-sanitaria ed odontoiatrica di livello meno complesso e di valore inferiore al valore medio alto (fino ad € 25.000), OCF provvederà comunque alla nomina di un giurisperito iscritto alla Parte II della sezione speciale medica, riservandosi l'eventuale nomina anche di un sanitario, secondo quanto previsto dal successivo punto n. 11). Resta inteso che la nomina, ove le parti del procedimento di mediazione non abbiano congiuntamente indicato il nominativo del mediatore, avverrà secondo i criteri previsti dall'art. 7 co. 3 del Regolamento di OCF, ossia: *"La designazione avviene secondo un criterio di turnazione; qualora ne ravvisi l'opportunità, ovvero ne riceva richiesta da una delle parti, il Responsabile dell'Organismo, sotto la vigilanza del Garante, con atto motivato, nomina un mediatore anche prescindendo dal criterio della turnazione degli incarichi: in questi casi la designazione dovrà avvenire considerando la specifica compe-*

*tenza, disponibilità e esperienza in mediazione richiesta dall'oggetto e dalle caratteristiche delle parti della controversia e potrà avvenire anche ricorrendo agli elenchi dei mediatori di altri Organismi di mediazione. Anche nei casi in cui la designazione avvenga prescindendo dalla turnazione, deve comunque essere assicurata l'imparzialità e l'idoneità al corretto e sollecito espletamento dell'incarico. Nelle mediazioni in materia di responsabilità medica e risarcimento danni da circolazione di veicoli e natanti si potrà designare il mediatore, anche prescindendo dal criterio della turnazione, tra i professionisti che abbiano dichiarato e dato prova di specifica competenza ed esperienza".*

Si procederà comunque con un unico mediatore giurisperito anche per le controversie complesse e di elevato valore ove non vi sia disponibilità di alcun mediatore sanitario.

8) Viene formato presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze un registro speciale degli "esperti" sanitari composto da sanitari i quali dimostrino di possedere i requisiti di professionalità, incompatibilità e onorabilità previsti per i mediatori, nonché la frequenza di un corso relativo alle tecniche di mediazione. In tale elenco potranno essere inseriti anche "esperti" sanitari di altre province per evitare possibili situazioni di "incompatibilità".

Da tale elenco, ovvero, in mancanza, dall'albo dei consulenti tecnici e dei periti presso il Tribunale di Firenze, come previsto dall'art. 7 co. 11 del Regolamento di OCF, solo in casi particolari ovvero qualora la controversia lo renda assolutamente necessario, su richiesta del mediatore, il Responsabile, per il tramite della Segreteria e secondo quanto previsto al successivo punto 11), individua l'esperto, seguendo le indicazioni fornite dallo stesso mediatore e/o dalle parti.

9) Alla procedura di conciliazione, al mediatore ed all'esperto si applicano le norme del Regolamento di OCF e dei suoi allegati, nel pieno rispetto della disciplina già contenuta nel D.Lgs 28/2010 e nei relativi decreti di attuazione;

10) Alle procedure conciliative saranno applicate le tariffe predisposte da OCF sia a titolo di compenso per i mediatori e co-mediatori che a titolo di diritti di segreteria,

nel rispetto delle norme di cui al D.Lgs. 28/2010; le indennità versate dalle parti sono comprensive del compenso dovuti al mediatore e al co-mediatore;

11) L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze e OCF, nel rispetto dei propri doveri istituzionali, si impegnano a favorire il miglior sviluppo del protocollo. Per ogni problematica che riguardi le controversie in materia sanitaria, gli organi statuari di OCF si avvalgono della consulenza permanente del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri o di suo delegato, con finalità di supporto alla funzionalità dell'organismo e di coordinamento ai fini di individuare le competenze specifiche più idonee e coerenti al caso di specie.

12) È istituito un "tavolo permanente di consultazione" fra l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze ed OCF al fine di monitorare il fenomeno della mediazione in ambito sanitario e formulare eventuali proposte innovative e/o migliorative del presente Protocollo. A tale "tavolo" partecipano tre membri nominati dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze e tre membri nominati da OCF (compreso almeno un componente del Comitato Scientifico di OCF). Al "tavolo" potranno essere invitati a partecipare altri soggetti, con veste istituzionale, espressione dei soggetti che intervengono, a diverso titolo, al tentativo di conciliazione in materia di responsabilità medica. Il "tavolo permanente" si riunisce periodicamente, almeno una volta ogni sei mesi.

Il presente Protocollo decorre dalla data di sottoscrizione e ha durata **di anni due**, salvo recesso con preavviso di mesi sei.

L'attuazione del presente protocollo non prevede l'assunzione di oneri economici diretti o indiretti a carico delle parti firmatarie.

Letto, approvato e sottoscritto.  
Firenze li, 3 agosto 2011

Dott. Mario Barresi,  
Vice-Presidente

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

Avv. Fabrizio Ariani, Presidente  
Organismo di Conciliazione di Firenze - OCF

## Aumento IVA al 21%

Ricordiamo che a partire dal 17 settembre u.s. l'aumento dell'IVA al 21% vale anche per le prestazioni sanitarie soggette a IVA.



## Concorso Nazionale per un progetto di ricerca di Medicina di Genere e Farmacologia di Genere

Il Premio è promosso dalla Associazione Mogli dei Medici Italiani senza fini di lucro e con lo scopo di premiare il progetto di ricerca scientifica più innovativo e significativo nell'ambito della Medicina di Genere e Farmacologia di Genere da svolgere presso una Università Italiana o un Consorzio Interuniversitario per incentivare l'appropriatezza delle cure e di una medicina basata sull'evidenza per ambedue i generi. Possono

concorrere al Premio i laureati che hanno meno di 33 anni alla data di scadenza del bando e che possono dimostrare di avere un'attività sperimentale, svolta in Italia, di essere in possesso del titolo di dottorato di ricerca conseguito presso un'Università Italiana nell'ambito delle materie mediche e farmacologiche e di non essere strutturati.

Il premio di 10 mila euro sarà a beneficio del ricercatore titolare del progetto di ricerca risultato

migliore tra quelli giunti entro 31 dicembre 2011.

La valutazione dei progetti terrà conto della innovatività della progettazione, della congruenza dei metodi proposti per ottenere i risultati, del curriculum del candidato con riferimento alla sua esperienza nel campo di genere.

Per informazioni e Regolamento [franconi@uniss.it](mailto:franconi@uniss.it), [presidenzaamm@libero.it](mailto:presidenzaamm@libero.it) - cellulare 335/5447784.

### Associazione Mogli Medici Italiani

L'A.M.M.I. (Associazione Mogli Medici Italiani) è una associazione apartitica e aconfessionale e non persegue attività di lucro. È presente in Italia con 80 sezioni e più di 6000 iscritte.

A Firenze nasce nel 1976 e vanta più di 200 socie.

L'A.M.M.I. si impegna nel campo sociale, culturale e della solidarietà, operando in stretta collaborazione con la classe medica ed è attiva nell'educazione sanitaria e nella divulgazione della medicina preventiva.

È stata ed è un movimento di sostegno per l'ONAOI (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani), collabora con Telethon, ADISCO, Progetto Donna ed altre realtà locali.

Indice borse di studio per giovani ricercatori e studenti, ha elargito e continua a farlo donazioni ad enti ed ospedali, partecipando sempre alle calamità che hanno colpito il nostro paese.

Organizza durante l'anno tavole rotonde di carattere medico con la presenza di illustri studiosi.

Anche nel campo culturale-artistico ha promosso e promuove molte attività.

Scopo fondamentale dell'associazione è infatti, quella di rapportarsi, in modo utile e con spirito di servizio, nei confronti della comunità sia cittadina che nazionale.

La sua sede a Firenze è presso l'Ordine dei Medici.

Il direttivo è composto da presidente, vicepresidente segretaria, tesoriera e un consiglio che ogni mese si riunisce per decidere programmi per le socie e varie iniziative.

Nel presentare il premio di concorso di cui si allega il bando, la presidente di Firenze Anna Grazia Parenti invita le mogli dei medici a mettersi in contatto con lei per aderire come socie, per fare così parte di questa attivissima famiglia. Info: Anna Grazia Parenti - via A. del Castagno 47, FI - Tel. e fax 055.574603 - Cell. 328.0349465.

E-mail: [ammifirenze@virgilio.it](mailto:ammifirenze@virgilio.it) - Sito Web <http://ammifirenze.altervista.org>

**L'A.M.M.I. invita al tradizionale "THE' DEGLI AUGURI"  
... con ricco buffet e Mercatino Natalizio**

**Giovedì 17 Novembre 2011 ore 15,30  
Villa Viviani, via Gabriele d'Annunzio, 230 - Firenze.**

### Centro Studi Salute di Genere

In data 21 luglio 2011, si è costituito il Centro Studi Salute di Genere, dell'Azienda Sanitaria di Firenze, coordinato da Lucia Turco. Si tratta di un laboratorio di ricerca che adotta la differenza di genere come chiave di lettura e strumento di azione in ricerche e pratiche a carattere interdisciplinare, coinvolgendo diverse aree, quali le scienze sociali, politiche, economiche, giuridiche ed umane. Il Centro si propone di diffondere la cultura di genere attraverso molteplici iniziative, quali scambi

culturali e dibattiti scientifici, collaborazioni nazionali ed internazionali, nonché di mettere a disposizione di soggetti e istituzioni le competenze acquisite.

Obiettivo del Centro Studi è incoraggiare processi di partecipazione orientati alla introduzione della prospettiva di genere nella assistenza sanitaria, compreso il coinvolgimento attivo di tutti i gruppi professionali, costruendo alleanze con altri professionisti, con la cittadinanza e le istituzioni locali.

Il Centro Studi si propone di implementare le conoscenze degli operatori, promuovendo la partecipazione e la creazione di impegno sulla tematica della salute di genere all'interno dei servizi sanitari attraverso iniziative di ricerca, interventi di miglioramento dei servizi sanitari in ottica di genere, interventi di promozione della medicina basata sulle evidenze relativamente alle evidenze sensibili al genere.

La strategia operativa si articola attraverso quattro diversi ambi-



ti di intervento:

- Ricerca e sviluppo.
- Definizione di Indicatori di genere.
- Iniziative per migliorare i servizi in ottica di genere.
- Formazione operatori.

- Educazione sanitaria.

Le prime iniziative previste nel 2011:

- Corso di formazione "Farmacologia e Genere" in data 11 ottobre.

• Convegno "La salute di Genere: una rivoluzione silenziosa" nel mese di novembre.

- Studi clinici di genere in ambito cardiologico.
- Pubblicazione monografica.

## Certificati di malattia telematici: niente più stampa cartacea

Si è svolta nei giorni scorsi a Roma la riunione tecnica al Ministero della Funzione Pubblica riguardo le certificazioni di malattia telematiche, con particolare riguardo alla necessità o meno della stampa, da parte del medico, di una copia cartacea del certificato inviato telematicamente, da consegnare al paziente-lavoratore che a sua volta la dovrebbe consegnare al suo datore di lavoro. Si ricorderà, infatti, che il Ministero aveva precisato che fino al 13 settembre i datori di lavoro del settore privato avevano la possibilità di richiede-

re copia cartacea dell'attestato di malattia inviato online dal medico. La riunione al Ministero è servita per dire che questa fase si è conclusa e i medici non sono più obbligati a rilasciare al paziente-lavoratore una stampa cartacea del certificato telematico. Basta indicare al paziente (se lo vuole) il numero di protocollo identificativo del certificato inviato online. Corrispondentemente l'INPS ha attivato i servizi utili ai datori di lavoro per il loro accesso telematico alle attestazioni di malattia dei propri dipendenti, sia direttamente che

tramite intermediari da loro riconosciuti. È, quindi, possibile per il datore di lavoro o per il suo intermediario acquisire l'attestazione di malattia dei propri dipendenti dal sito dell'INPS, senza più necessità di chiedere la copia cartacea al lavoratore (e quindi al medico). Tutto questo rappresenta un passo in avanti per i medici i quali, una volta inoltrato il certificato per via telematica, non hanno più alcun obbligo di stampare alcunché, ma al limite solo di comunicare all'assistito il numero di protocollo del certificato online.

## Specializzazioni e intesa Università-Regione

Dopo l'importante iniziativa svoltasi all'Ordine di Firenze il 26 luglio u.s. sui problemi della formazione anche in relazione alla prevista carenza di medici, il Presidente ha riassunto il dibattito, cui hanno partecipato i sindacati, le società scientifiche e le università toscane, in una lettera all'Assessore. A seguito di un incontro tra il Presidente Panti e l'Assessore

Regionale, la Commissione formazione regionale ha lavorato con grande determinazione ed è giunta a approvare due bozze di documento. Uno riguarda l'atto di indirizzo che impegna la Regione nella trattativa sul protocollo di intesa con le Università con particolare riguardo all'integrazione con le strutture e i docenti del servizio sanitario nella formazione dei professionisti

sanitari e degli specialisti medici e chirurgici, oltre all'eventuale unificazione di corsi ridondanti; l'altro individua i contenuti di una delibera che affronta e risolve il problema della formazione a svolgere competenze innovative da parte del personale non medico ogni qual volta ciò sia richiesto o dall'innovazione tecnologica o dalla complessità organizzativa.

## Commissione per esercenti le professioni sanitarie

In data 23 maggio 2011 è stata costituita per il quadriennio 2011-2015 la nuova Commissione Centrale per gli esercenti le professioni

sanitarie, all'interno della quale è stato eletto come membro per l'esame degli affari concernenti la professione di medico-chirurgo il dr.

Mauro Ucci, membro del Consiglio dell'Ordine di Firenze.

## La manovra finanziaria per i professionisti

La sofferta e contrastata "manovra d'agosto", ha introdotto alcune novità incisive per il mondo delle professioni, con lo scopo di spingere ad una ulteriore liberalizzazione del settore.

Dopo le famose "lenzuolate" del Governo Prodi del 2006, ecco ora un intervento del Governo Berlusconi che si pone sulla stessa scia e che anzi ne rafforza alcuni principi.

Ne è prova, anzitutto, l'art. 3 comma 6, secondo il quale l'accesso alle attività economiche (e quindi anche professionali) e il loro esercizio si basano sul principio della libertà d'impresa. Per la prima volta, quindi, la legge italiana recepisce un orientamento oramai consolida-

to a livello comunitario e cioè che il libero professionista è assimilato all'imprenditore. Tale libertà di "imprenditoria professionale" tuttavia non è assoluta, in quanto è possibile che siano mantenute restrizioni all'accesso soprattutto per le professioni aventi ad oggetto la salute umana.

In ogni caso la spinta liberalizzatrice si fa sentire anche per la libera professione sanitaria.

Ne è un esempio l'art. 3 comma 5 del suddetto decreto che stabilisce - per la prima volta in maniera così chiara - che "gli ordinamenti professionali devono garantire che l'esercizio dell'attività risponda senza eccezioni ai principi di libera

concorrenza, alla presenza diffusa dei professionisti su tutto il territorio nazionale, alla differenziazione e pluralità di offerta che garantisca l'effettiva possibilità di scelta degli utenti nell'ambito della più ampia informazione relativamente ai servizi offerti".

Un principio di ampia portata, che avrà bisogno di essere più dettagliatamente esplicitato, tant'è che la norma continua stabilendo un obbligo di riforma degli ordinamenti stessi entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto perché tutto questo diventi realmente effettivo.

In primo luogo viene stabilito che "il compenso spettante al pro-



fessionista è pattuito per iscritto all'atto del conferimento dell'incarico professionale prendendo come riferimento le tariffe professionali. È ammessa la pattuizione dei compensi anche in deroga alle tariffe. Il professionista è tenuto, nel rispetto del principio di trasparenza, a rendere noto al cliente il livello della complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento alla conclusione dell'incarico". Dopo il Decreto Bersani del 2006 che aveva abrogato le tariffe fisse o minime, oggi eventuali tariffari sopravvissuti alla scure del Decreto Bersani (ma non quello medico e odontoiatrico, già oggetto di abrogazione) possono costituire al massimo un semplice "parametro di riferimento" per la determinazione del compenso del professionista, ferma restando la totale libertà pattizia di derogare (in alto e in basso) gli importi che scaturiscono dall'applicazione delle tariffe medesime.

Inoltre è previsto che, "a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale". Per la prima volta viene prevista dalla legge la copertura obbligatoria della responsabilità professionale e spetterà alla riforma degli ordinamenti (come già detto da attuarsi entro un anno), stabilire anche le sanzioni per il mancato rispetto di tale obbligo.

Infine, "la pubblicità informativa, con ogni mezzo, avente ad oggetto l'attività professionale, le specializzazioni ed i titoli professionali posseduti, la struttura dello studio ed i compensi delle prestazioni, è

libera. Le informazioni devono essere trasparenti, veritiere, corrette e non devono essere equivocate, ingannevoli, denigratorie". La norma senza dubbio ricalca la via già percorsa dal Decreto Bersani del 2006, ma contiene maggiori elementi di liberalizzazione. Infatti, mentre nel Decreto Bersani era richiamato un potere di controllo in capo all'Ordine, oggi questo richiamo non vi è più. Secondo alcuni commentatori, ciò significa che il controllo pubblicitario dei professionisti è oggi demandato all'Antitrust, come per le imprese. Secondo altri residuerebbe un potere dell'Ordine per garantire il rispetto del decoro del messaggio pubblicitario. Anche in questo caso dovrà essere la riforma degli ordinamenti professionali a fare chiarezza.

Un altro punto importante è l'affermazione che "l'esercizio della professione è fondato e ordinato sull'autonomia e sull'indipendenza di giudizio, intellettuale e tecnica, del professionista". Importante perché l'autonomia e l'indipendenza di giudizio, in particolare del medico, sono sempre stati dati acquisiti nella deontologia professionale, ma finora sempre privi di copertura legislativa che oggi, invece, esiste.

Da ultimo l'art. 2 comma 5 stabilisce che l'omessa fatturazione costerà al professionista la sospensione dell'iscrizione all'Albo o all'Ordine professionale da tre giorni ad un mese. Più precisamente è prevista la sospensione dall'albo professionale a seguito di:

- quattro omissioni dell'obbligo di fatturazione in un quinquennio;
- violazioni commesse in giorni diversi (le violazioni nello stesso giorno si considerano violazione unica);
- la sospensione è disposta per un periodo da quindici giorni a sei mesi se il professionista è recidivo;

- se le violazioni sono commesse nell'esercizio in forma associata di attività professionali, la sanzione è disposta nei confronti di ogni associato.

La sanzione sospensiva viene irrogata dall'Agenzia delle Entrate e l'Ordine non può che prenderne atto e addirittura deve darne notizia sul proprio sito internet.

Da notare che, mentre i principi di liberalizzazione devono essere attuati entro un anno con la riforma degli ordinamenti professionali, quest'ultima norma di natura fiscale è già pienamente in vigore e non ha bisogno di alcun provvedimento attuativo.

\*\*\*\*\*

L'Ordine dei Medici è contrario a leggi raffazzonate e inattuabili, che finiscono per danneggiare il cittadino, impedendo all'Ordine ogni controllo sulla qualità della professione. L'Ordine chiede da decenni una riforma organica dell'ordinamento professionale che significhi reale controllo disciplinare e valore del codice deontologico. E soprattutto chiede da tempo che la professione medica ed odontoiatrica sia correttamente collocata nella società moderna, tenendo presente che la medicina e la sanità non possono essere lasciate del tutto al libero mercato, ma necessitano di regole precise. L'Ordine si augura che, comunque, questa sia l'occasione per una riforma davvero incisiva della professione, che recepisca finalmente alcuni importanti principi (come ad esempio l'assicurazione obbligatoria contro i rischi professionali e la necessità del compenso pattuito a preventivo), ma ne ridimensioni altri (come ad esempio l'assoluta libertà pubblicitaria) che non porterebbero giovamento agli utenti, bensì piuttosto possibili rischi e insicurezza delle cure.

## Contro la mercificazione della sanità

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici è intervenuta per sottolineare lo sconcerto nei confronti delle attività di società e siti come "Groupon", "Groupalia" e "Obiettivo risarcimento". Ci si è chiesti in più di una occasione: cosa nascondono i prezzi stracciati di certe prestazioni medico-odontoiatriche in Italia come all'estero? E inoltre: sono davvero trasparenti e piene di "senso civico" le campagne

mediatiche volte a trasformare in un procedimento penale o comunque risarcitorio ogni rapporto con il mondo medico? O piuttosto non si tratta di fenomeni che fanno leva sulla voglia di risparmiare (o di incassare...) per portare l'assistenza sanitaria italiana in un terreno di "hard discount" della salute? Di fronte a tanti segnali preoccupanti la FNOMCeO ha presentato una denuncia all'Autorità Garante del

la Concorrenza e del Mercato, ma non solo: è stata avviata un'azione globale nei confronti di tutte quelle attività e messaggi che presentano l'attività medico-assistenziale sotto luci non chiare o trasparenti. Si tratta di un'insieme di lettere ed esposti indirizzate al Ministero di Grazia e Giustizia, al CSM, all'Antitrust, ai Carabinieri del Nas e anche alla RAI. Per ulteriori informazioni: [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it).

**COMBISARTAN<sup>®</sup>** 160 mg / 25 mg  
C09DA03

*valsartan + idroclorotiazide*

**COMBISARTAN<sup>®</sup>** 160 mg / 12,5 mg  
C09DA03

*valsartan + idroclorotiazide*

**VALPRESSION<sup>®</sup>** 160 mg  
C09CA03

*valsartan*



Menarini, salute senza confini

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



Certificato Nr  
50 100 4785



Edizione del  
centocinquantesimo  
dell'Unità d'Italia

MANFREDO FANFANI

# PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

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



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

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

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

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



Eugenio Fiumi

Enrico Leoni

