



ToscanaMedica

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



**Lo stato vegetativo:
la gestione della fase cronica**

P. Tosi, R. Chiaramonti, G. Zaccara

**Test genetici:
come e quando usarli**

M. Genuardi, F. Torricelli

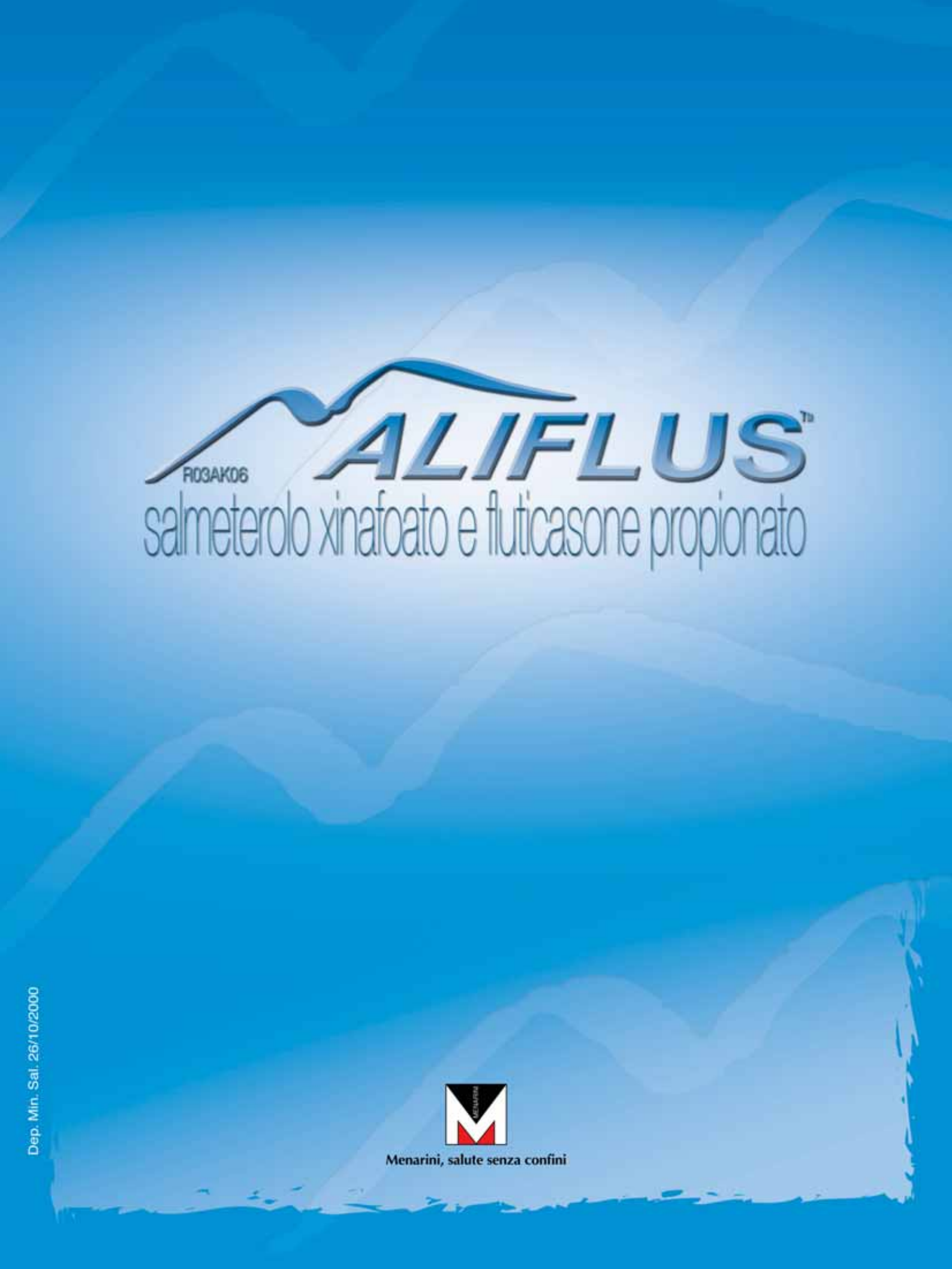
L'Audit clinico

M. Geddes, F. Venneri

**Ancora un valido contributo
giurisprudenziale sulla P.M.A.**

Mauro Barni

N° 3 MARZO 2010



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato



Menarini, salute senza confini

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- L'occhio fotografico
F. Napoli **4**

EDITORIALE

- Minima moralia
A. Panti **5**

SAPER FARE SAPER ESSERE

- Ancora un contributo giurisprudenziale sulla P.M.A.
M. Barni **8**

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Test genetici: come e quando usarli
M. Genuardi e coll. **9**
- Lo stato vegetativo: la gestione della fase cronica
P. Tosi e coll. **11**
- L'Audit clinico
M. Geddes e coll. **13**
- Incidenti stradali, bevande alcoliche e droghe
A. Allamani e coll. **15**
- Ospedale Psichiatrico Giudiziario
F. Scarpa **18**
- Percorsi di integrazione lavorativa per gli utenti con disagio psichico
N. Magnani e coll. **20**
- La salute in carcere: un quadro drammatico
F. Ceraudo **22**
- Tissue Doppler Imaging e Speckle Tracking
V. Troiani **23**
- Un servizio oncologico / riabilitativo per il distretto testa-collo presso il Centro di Riabilitazione Oncologica
M.B. Ninu e coll. **25**
- Mi manda Galeno
A. Panti **28**
- Il trattamento del dolore nel paziente oncologico
M. La Grua **37**
- SOS dolore
S. Criscuolo **39**
- Dino Campana fu davvero ammalato di sifilide?
F.G. Romeo **40**

REGIONE TOSCANA

- Percorso diagnostico-terapeutico del paziente iperteso nell'ambito del Chronic Care Model
Consiglio Sanitario Regionale **29**

- Gestione della analgesia nel trauma
Consiglio Sanitario Regionale **34**

RICERCA E CLINICA

- Pazienti ad alto rischio vascolare
P.M. Mandelli e coll. **41**

COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

- Esperienza alla Fondazione Pediatrica di Kimbondo
M. Corsetti **43**

FRAMMENTI DI STORIA

- Bernardo Ramazzini in Toscana
F. Carnevale **45**

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

- L'incidenza del tumore maligno del corpo dell'utero è in aumento nelle donne in età peri e postmenopausale
A. Caldarella e coll. **46**

CINEMA E MEDICINA

- Il grande cocomero
S. Beccastrini **49**

ENPAM E PREVIDENZA

- La pensione di reversibilità dei dipendenti
C. Testuzza **50**

LETTERE AL DIRETTORE

- Fast Track Surgery = Enhanced recovery after surgery (ERAS)
F. Apicella **51**

- Neuroschiaivi: l'impatto della scienza sulla libertà mentale
U. Catola **52**

- Un problema importante: i limiti dello screening
S. Ciatto **53**

- Nucleare sì e nucleare no
M. Pulcinelli **54**

- **55**

INCIDENTI DI PERCORSO E DEONTOLOGIA

- Guardia medica e visite domiciliari
B. Rimoldi **57**

- **58**

- **59**

- **61**

- **62**



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXVIII n. 3 - Marzo 2010
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

"Poetica dell'infinito" di Renzo Mezzafoglia - Collezione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2009 € 2,73

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

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

Editore

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

Pubblicità

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

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

Gli articoli:

- devono avere una lunghezza massima di 6.000 battute spazi inclusi (2/3 cartelle) compresa l'iconografia. Le "lettere al direttore" non devono superare le 3.000 battute;
- i titoli devono essere brevi;
- non devono avere un taglio classicamente scientifico, ma essere il più possibile divulgativi;
- non devono contenere la bibliografia, ma solo l'indirizzo email a cui è possibile richiederla;
- devono riportare per esteso nome, cognome dell'autore, la qualifica e la provincia di provenienza;
- devono essere inviati via email all'indirizzo: toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it e riportare un numero telefonico ed un indirizzo postale di riferimento utile per la redazione;
- vengono pubblicati in ordine di data di arrivo;
- non devono contenere acronimi.

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



L'occhio fotografico

I fotografi collezionano doppioni della natura (Guillaume Apollinaire). Non esiste la fotografia artistica: nella fotografia esistono, come in tutte le cose, delle persone che sanno vedere e altre che non sanno nemmeno guardare (Nadar).

Nel 1826 l'ex ufficiale dell'esercito Joseph Nicéphore Niepce riesce ad ottenere la prima immagine riprodotta meccanicamente dopo otto ore di esposizione; nel 1852 Leopoldo Alinari con Luigi Bardi apre il suo negozio in via del Trebbio; nel 1874 Nadar accoglie nel suo studio di fotografo gli amici Renoir, Sisley, Degas, Guillaumin, Morisot, Monet e altri per la loro esposizione fuori dal Salon, propiziando l'inizio del gruppo degli impressionisti.

Oggi, a Brescia e Cinisello Balsamo, a San Diego e New York (USA), a Bièvres (Francia) e Losanna (Svizzera), ci sono alcuni fra gli esempi di spazi dedicati esclusivamente alla fotografia; fra questi anche il MNAF - Museo Nazionale Alinari per la Fotografia di Firenze che ospita fino al 11 aprile la mostra *Parigi capitale della fotografia 1920-1940* grazie alla collaborazione con il Musée Jeu de Paume e con materiale proveniente dalla collezione Christian Bouqueret.

FEDERICO NAPOLI

ma anche teorico del teatro: il testo *Il teatro e il suo doppio* esce nel 1938 a Parigi); infine, opera un figlio dell'Impressionismo, cioè Jean Renoir che dell'esperienza antica del padre porta con sé l'amore per l'occhio meccanico e autore in quegli anni di pellicole quali *La cagna* o *La grande illusione*.

La macchina fotografica è uno strumento di sperimentazione accanto ad altri, non ancora uno degli strumenti disponibili alla creazione.

Comunque, *Perché mai un artista dovrebbe continuare ostinatamente a cercare di rendere qualcosa che può essere reso così bene dalle lenti? La fotografia ha raggiunto il suo stato attuale per liberare la pittura da ogni riferimento letterario, da ogni aneddoto e persino dalla preoccupazione del soggetto. I pittori dovrebbero approfittare della loro ritrovata libertà per fare qualcosa d'altro* (Pablo Picasso).

Si sperimenta non solo sui tempi della esposizione e sull'inquadratura, ma anche sugli elementi chimici che compaiono nel processo di sviluppo e stampa: così ecco esposti nei locali del MNAF gli scatti di Florence Henri e Pierre Boucher, Francois Kollar e Marianne Breslauer, nell'ambito di una mostra curata da Marta Ponsa e Michael Roulette, i quali alle foto anche di autori quali Henri Cartier-Bresson o Rudomine hanno accostato libri (saggi sulla fotografia), cataloghi, documenti vari, riviste (la foto diviene mezzo per raccontare il quotidiano), utili per inquadrare un periodo fecondo di idee e sperimentazioni, quando ancora il centro dell'arte e della cultura mondiale era in Europa.

Da lì a qualche anno, le regole del mondo artistico cominceranno ad essere dettate dall'altra parte dell'Atlantico. E la fotografia, lasciati i panni anteguerra propri ad uno strumento destinato principalmente alla sperimentazione, diviene sempre più mezzo utile alla creazione: così, si lascia alle spalle la frase di Paul Gauguin *Sono entrate le macchine, l'arte è uscita*.

*Sono lontano dal pensare che la fotografia possa esserci utile e approda qualche anno dopo (1954) al dialogo fra Grace Kelly e il fotografo James Stewart (nel film *La finestra sul cortile* di Alfred Hitchcock): Dimmi tutto quello che hai visto (n.d.r. con l'occhio meccanico) e cosa pensi possa significare.*

Parigi capitale della fotografia 1920 - 1940

MNAF, piazza Santa Maria Novella, Firenze
fino al 11 aprile 2010



Nella capitale francese durante il ventennio che precede la seconda guerra mondiale si raccolgono i principali movimenti artistici d'avanguardia di quel tempo, dal dadaismo (Man Ray, ad esempio: i suoi rayogrammi sono per Tristan Tzara la perfetta espressione dello spirito Dada) ai surrealisti; vi compaiono le esperienze di Antonin Artaud (attore e sceneggiatore di film,

Renzo Mazzafoglia è recentemente e improvvisamente scomparso; gli dedichiamo la copertina di Toscana Medica nel ricordo affettuoso del Collega e dell'amico.



Minima moralia

ANTONIO PANTI

Medici, politici, amministratori, magistrati, giornalisti, economisti discutano sulla spesa sanitaria, ma spesso si basano su preconcetti. Tentiamo allora di fornire qualche dato per evitare il solito ragionamento emotivo. Questo articolo vuol dimostrare che la spesa sanitaria è destinata a aumentare indipendentemente da ogni provvedimento. L'equilibrio tra valori etici e sostenibilità del sistema sanitario potrà essere perseguito solo se le decisioni politiche saranno fondate su dati certi per cui si possa individuare il limite tra esigenze individuali di cura e istanze collettive di equità.

Sappiamo che il 20% della popolazione, gli ultrasessantacinquenni, consuma quasi il 60% delle risorse sanitarie. Poco conosciamo invece sul fatto che poche centinaia di migliaia di pazienti in Italia sono responsabili di una quota elevatissima della spesa. I dati riportati nelle Tabelle sono chiari, se pur riferiti alla sola spesa farmaceutica. Chiunque può proporre rimedi; se le banche seguono con particolare cura i clienti più ricchi, un case manager per gruppi di pazienti potrebbe indirizzare meglio l'uso delle risorse quando anche modeste ridondanze possono incidere pesantemente sulla spesa complessiva.

La quota capitaria con la quale si sostengono tutte le prestazioni del servizio, nessuna esclusa, è in Toscana di 1850€ all'anno. La nostra Regione è riuscita nel 2009, praticamente unica in Italia, a mantenere i conti in equilibrio. La spesa nel 2009 in farmacia è stata di 173€ all'anno per cittadino, pari a 634 milioni di €. A questa deve sommarsi la spesa per farmaci erogati direttamente o utilizza-

ti in ambito ospedaliero che nel periodo gennaio-settembre 2009 è stata pari a 362,6 milioni di € (per un totale annuo stimato in 483,4 milioni €). Il totale ha superato il miliardo e cento milioni di € e la Toscana è una delle regioni più virtuose.

Ringraziamo la Dottoressa Carla Rizzuti, funzionaria del Dipartimento regionale della Salute, alla cui cortesia e competenza dobbiamo l'elaborazione delle Tabelle che pubblichiamo e che si fondano sui dati del Sistema informativo della farmaceutica. In particolare i flussi dati utilizzati sono il flusso SPF (Schede Prestazioni Farmaceutiche) che rileva analiticamente i dati delle ricette spedite presso le farmacie territoriali convenzionate e il flusso FES (Farmaci Erogati dalle Strutture sanitarie) che rileva i consumi dei farmaci somministrati in ambito ospedaliero o erogati in distribuzione diretta. Eventuali errori interpretativi appartengono solo all'estensore dell'articolo.

I dati sono di per sé evidenti per cui ci riserviamo un commento complessivo.

Il Box 1 riporta i dati della popolazione residente nelle Asl toscane al 31,12,2008, e la popolazione "pesata" secondo i pesi previsti dal Piano Sanitario 2008-2010 per il livello di assistenza farmaceutica. Il sistema dei pesi permette di ridistribuire la popolazione residente in Toscana secondo la composizione per età dei residenti nelle varie aziende, poiché l'indice di assorbimento delle risorse aumenta all'aumentare dell'età (si pensi che un anziano consuma farmaci quanto 12 adolescenti).

La Tabella 1 riporta quanti utenti toscani hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci a carico del Servizio Sanitario nell'anno 2008, suddivisi in coorti in base all'incidenza e alla percentuale cumulativa della spesa e, per ciascuna coorte, in base alle confezioni erogate nelle farmacie convenzionate. Le ultime tre colonne riportano, per ogni coorte, il costo medio per farmaco, la spesa media e il numero dei pezzi per ciascun utente.

La Tabella 1 riporta gli stessi dati suddividendo gli utenti in tre classi secondo una classificazione arbitraria: utenti con spesa media sotto i 200 € (circa la spesa media regionale), quelli che costano tra 200 e 1000 €, quelli infine con una spesa superiore ai 1000 €.

La Tabella 2 (riferita al gennaio-settembre 2009) riporta i dati della spesa farmaceutica regionale in ospedale e in distribuzione diretta, escluso vaccini e emoderivati. Tale spesa, riportata a tutto il 2009 e sommata a quella in farmacia eleva la spesa totale a oltre 1 miliardo di €.

La Tabella 3 dà un'idea del numero dei pazienti

Box 1 - Popolazione Toscana per Azienda USL. Anno 2008

Azienda	Popolazione residente	Popolazione pesata
101 Massa Carrara	202.435	206.768
102 Lucca	219.986	220.118
103 Pistoia	287.415	281.946
104 Prato	245.742	226.213
105 Pisa	331.537	327.105
106 Livorno	349.324	358.386
107 Siena	266.291	274.432
108 Arezzo	342.367	336.777
109 Grosseto	223.429	232.690
110 Firenze	807.457	822.327
111 Empoli	233.993	224.320
112 Viareggio	167.072	165.966
Totale	3.677.048	3.677.048

Tabella 1 - Farmaceutica convenzionata: indicatori per utenti residenti in Toscana. Anno 2008

classe spesa	numero utenti	incidenza %	% cumulata	spesa	incidenza %	% cumulata	pezzi	incidenza %	% cumulata	Costo medio per farmaco	Spesa media per utente	pezzi medi per utente
0-10	419.417	13,8%	13,8%	2.545.425	0,4%	0,4%	590.087	0,9%	0,9%	4,3	6	1,4
10-20	413.244	13,6%	27,3%	6.135.752	1,0%	1,4%	896.958	1,4%	2,4%	6,8	15	2,2
20-30	261.594	8,6%	35,9%	6.457.897	1,0%	2,4%	887.720	1,4%	3,8%	7,3	25	3,4
30-50	330.872	10,9%	46,8%	12.958.079	2,0%	4,4%	1.696.808	2,7%	6,5%	7,6	39	5,1
50-100	390.446	12,8%	59,6%	27.827.983	4,4%	8,8%	3.609.187	5,8%	12,3%	7,7	71	9,2
100-200	345.096	11,3%	70,9%	49.699.855	7,8%	16,7%	6.383.306	10,2%	22,5%	7,8	144	18,5
200-500	493.697	16,2%	87,1%	162.391.135	25,6%	42,3%	17.549.393	28,0%	50,5%	9,3	329	35,5
500-1000	280.244	9,2%	96,3%	194.677.270	30,7%	73,1%	18.324.171	29,3%	79,8%	10,6	695	65,4
1000-2000	99.355	3,3%	99,5%	130.997.437	20,7%	93,7%	10.394.605	16,6%	96,4%	12,6	1.318	104,6
2000-5000	13.685	0,4%	100,0%	35.392.844	5,6%	99,3%	2.103.007	3,4%	99,7%	16,8	2.586	153,7
5000-10000	444	0,0%	100,0%	2.759.818	0,4%	99,8%	80.450	0,1%	99,9%	34,3	6.216	181,2
10000 e oltre	45	0,0%	100,0%	776.085	0,1%	99,9%	20.895	0,0%	99,9%	37,1	17.246	464,3
errato	0	0,0%	100,0%	651.936	0,1%	100,0%	65.152	0,1%	100,0%	10,0		
Totale	3.048.139	100,0%		633.271.515	100,0%		62.601.739	100,0%		10,1	208	20,5

utenti con spesa compresa tra 0 e 200 euro all'anno	2.160.669	70,9%	105.624.990	16,7%	14.064.066	22,5%	7,5	49	6,5
utenti con spesa compresa tra 200 e 1000 euro all'anno	773.941	25,4%	357.068.405	56,4%	35.873.564	57,3%	10,0	461	46,4
utenti con spesa maggiore o uguale a 1000 euro all'anno	113.529	3,7%	170.578.120	26,9%	12.664.109	20,2%	13,5	1.502,5	111,5

suddivisi per numero di confezioni consumate in un anno rispetto al totale degli utenti trattati.

La Tabella 4, riferita alla spesa farmaceutica ospedaliera in distribuzione diretta, cioè per farmaci utilizzati dopo la dimissione, è significativa del trend prescrittivo dei farmaci innovativi sia per recente immissione che per nuova indicazione terapeutica.

Questi dati meritano un commento a partire dall'interesse medico e sociale di garantire la stessa assistenza a chi ne ha bisogno. Il che significa muoversi sul terreno dell'appropriatezza clinica e della sostenibilità economica, secondo principi etici ma con la consapevolezza che non tutto è possibile.

Torniamo quindi alla suddivisione della Tabella 1. Il 70,9% degli utenti utilizza il 16,7% della spesa e consuma il 22,5% delle confezioni con un costo medio per farmaco di 7,5 €. In termini di appropriatezza e di sostenibilità converrà intervenire ancora perché questa spesa, per quanto minore, può essere ridotta. Quanti antibiotici per affezioni banali non dovrebbero essere prescritti? L'Italia è in testa all'Europa nel consumo di antibiotici. Ugualmente si può evitare l'uso di farmaci antidepressivi di alto costo che molti pazienti assumono per non più di una o due confezioni l'anno. Si può prevedere che questa spesa si manterrà costante o

potrà diminuire.

Più interessante è il gruppo di coloro che costano al servizio oltre la media di 200 €, fino a 1000 €. Questi pazienti (il 25,4% della popolazione) consumano il 57,3% delle confezioni con una media di 46,4 pezzi per utente all'anno. Questo è il gruppo che ricorre ai blockbuster, divenuti quasi tutti generici, anche se l'uso improprio di sartani e di statine di alto costo probabilmente proseguirà, incidendo moltissimo sulla spesa. La Regione Toscana ha dimostrato di non essere in grado o di non voler intervenire sulla prescrizione specialistica, preferendo la più semplice contabilizzazione delle prescrizioni dei medici generali. Tuttavia alcuni farmaci innovativi, pensiamo agli antiaggreganti o agli ultimi antidiabetici, aumenteranno i costi per caso trattato. Inoltre la popolazione dei diabetici e degli ipertesi è sottotrattata. In conclusione si può prevedere un aumento della spesa anche se in termini ragionevoli.

Il problema maggiore è il terzo gruppo. Il 3,7% degli utenti del servizio sanitario consuma il 26,9% della spesa e il 20,2% delle confezioni, circa 111,5 per utente, con un costo medio di 1502,5 €. Quasi quanto la quota capitaria regionale che è di 1850 € all'anno. Vi sono pazienti che costano, solo di farmaci, quanto 5 o più cittadini che non consumano alcunché. Questi pazienti, inoltre, certamente i più gravi, durante l'anno subiranno ricoveri, saranno sottoposti a accertamenti, utilizzeranno protesi e ausili. Persone anziane che possono subire l'impianto di valvole o protesi che costano oltre 10.000, anche

Tabella 2 - Farmaceutica ospedaliera e distribuzione diretta: Spesa gennaio-settembre per regime di erogazione.

Fonte: Flusso FES

Non sono compresi vaccini ed emocomponenti

Regime di erogazione	2008	2009	var % 2009-2008
Ricovero regime ordinario	51.035.597	54.136.259	6,08%
Ricovero regime DH	49.779.847	55.340.409	11,17%
Ambulatoriale	32.170.421	31.748.311	-1,31%
Osp2 erogati sul territorio	73.278.955	96.351.846	31,49%
Distribuzione Diretta fascia A	116.273.947	123.406.805	6,13%
Continuità assistenziale	1.454.711	1.613.491	10,91%
Totale	272.957.881	308.460.862	11,90%

Tabella 3

30.000€. Le Tabelle relative ai costi ospedalieri mostrano come i farmaci che maggiormente incidono sulla spesa globale sono quelli presumibilmente usati in questi casi, in particolare nelle terapie oncologiche dalla seconda linea in poi, oltre che nelle malattie rare e in alcune malattie infettive. Insomma una percentuale altissima dei costi del servizio è assorbito da pochissimi pazienti.

Questi costi sono comprimibili? O sono destinati a aumentare? Che si possa razionalizzare non vi è dubbio. Maggiore appropriatezza prescrittiva, introduzione di concreti criteri di HTA, monitoraggio continuo, acquisizione di dati sugli outcomes, distribuzione diretta nella totalità dei casi, insomma esistono molti provvedimenti utili e certamente efficaci. Ma non basta.

La medicina moderna è polarizzata sulla sopravvivenza dei cronici e sull'intervento in casi finora considerati incurabili. La vita si allunga spesso in condizione di necessità di continuo aiuto e di interventi sempre più onerosi. Si crea una spirale che gli economisti già studiano e che fatalmente porta all'aumento della spesa sanitaria, pubblica o privata che sia.

Con i mezzi messi in campo, sempre più sofisticati e costosi, sopravvivono più a lungo i pazienti che più pesano sui costi della sanità. E, sopravvivendo, saranno sottoposti a procedure cliniche ancora più costose e, tuttavia, efficaci. Un avvitarsi dei costi incompressibile, anzi destinato a aumentare.

La medicina e la società hanno di fronte un problema enorme. Tagliare prestazioni a basso costo, quelle che riguardano il 70% della popolazione? Col rischio che moltissimi paghino per pochi e non ne saranno contenti. Tagliare prestazioni ad alto costo, creando una sanità per pochi ricchi? Inserire vincoli rigidi alla dimostrazione di efficacia, arduo perché richiede quasi una crudele oggettività? Il problema riguarda i medici in quanto capaci di valutare efficacia e appropriatezza delle cure. Però, ancor più, riguarda la società che dovrà decidere la copertura finanziaria di leggi che hanno risolto etico e come regolare i diversi interessi in gioco, dei singoli, della collettività, delle industrie, dei malati e dei contribuenti.

Secondo una tripartizione cara ai sociologi la medicina vive ancora in piena era di espansione; l'offerta di servizi sa-

nitari aumenta ogni giorno e si ampliano a dismisura i limiti della medicina. Tuttavia da anni si è entrati nell'epoca del contenimento dei costi, ormai trasformato in un rigoroso e pesante economicismo. Non vi sono soluzioni magiche ma l'accezione più concreta della cosiddetta "clinical governance" non può esser altro che i medici si abituino a "rendersi conto per rendere conto". Insomma si avvicina l'era della valutazione responsabile. Certamente i vincoli congiunti dell'efficacia scientifica, dell'autodeterminazione del paziente, dell'equità nell'uso delle risorse, costringono i medici a navigare in un mare tempestoso e sono fonte di grave disagio. Forse dovremmo lasciare l'empireo dei massimi vincoli etici per definire nella medicina una sorta di minimo morale.

In un libro del lontano 1971, "La morte moderna", Carl Wijkmark, racconta di un seminario tra esperti presso il Ministero dell'Economia svedese per studiare come convincere gli anziani a pianificare volontariamente la loro morte, prima che i costi delle cure affondino i conti dello stato. Scenari inquietanti e improponibili ma anche concrete vicende da affrontare con razionalità e con un saldo patrimonio di valori.

TM

Numero confezioni	Numero utenti	% utenti	% cumulata utenti	Totale confezioni	% confezioni	% cumulata confezioni
1-2	1.164.110	34,0%	34,0%	1.773.637	2,7%	2,7%
3-25	1.467.384	42,9%	76,9%	14.002.465	21,7%	24,4%
26-50	398.086	11,6%	88,5%	14.464.989	22,4%	46,8%
51-75	194.202	5,7%	94,1%	11.971.508	18,5%	65,4%
76-100	101.936	3,0%	97,1%	8.829.255	13,7%	79,0%
101-200	93.335	2,7%	99,9%	12.012.714	18,6%	97,6%
201-300	4.510	0,1%	100,0%	1.037.632	1,6%	99,3%
301 e +	567	0,0%	100,0%	483.798	0,7%	100,0%
Totale	3.424.130	100,00%		64.575.998	100,0%	

Codice ATC	Principio attivo	2008	2009	Var% 09/08
L04AA11	Etanercept	11.612.961	13.698.217	18,0%
B03XA01	Eritropoietina	12.925.934	12.050.519	-6,8%
L01XC02	Rituximab	9.098.186	10.137.197	11,4%
L01XC03	Trastuzumab	9.525.909	10.017.391	5,2%
L01XC07	Bevacizumab	4.539.112	9.579.906	111,1%
L03AB07	Interferone beta-1a	6.644.843	8.226.525	23,8%
J05AR03	Tenofovir disoproxil ed emtricitabina	6.379.306	7.963.714	24,8%
L04AA12	Infliximab	6.879.738	7.832.919	13,9%
N05AH03	Olanzapina	6.676.314	6.746.904	1,1%
L01XX28	Imatinib	6.496.702	6.707.404	3,2%
B01AB05	Enoxaparina	5.486.207	6.276.485	14,4%
L04AA17	Adalimumab	5.234.132	6.011.883	14,9%
B01AC04	Clopidogrel	4.434.133	5.617.163	26,7%
H01AC01	Somatropina	5.334.549	5.225.879	-2,0%
C02KX01	Bosentan	4.304.994	4.809.694	11,7%
L01CD02	Docetaxel	3.885.323	4.321.815	11,2%
B03XA02	Darbepoietina alfa	4.227.329	4.161.898	-1,5%
L02AE02	Leuporelina	3.718.701	3.942.933	6,0%
J01XA02	Teicoplanina	4.058.040	3.838.667	-5,4%
B01AB06	Nadroparina	2.850.462	3.797.936	33,2%
L02BG03	Anastrozolo	3.325.601	3.581.845	7,7%
L03AB11	Penginterferone alfa 2-a	3.099.314	3.250.048	4,9%
A10AE04	Insulina glargine	2.822.323	3.189.478	13,0%
N05AH04	Quetiapina	2.455.119	3.054.323	24,4%
J01MA12	Levofloxacina	2.619.232	3.047.989	16,4%
H01CB02	Octreotide	3.020.720	2.957.096	-2,1%
J01DH02	Meropenem	2.444.083	2.900.375	18,7%
L02BG04	Letrozolo	2.426.150	2.899.834	19,5%
J05AE06	Lopinavir	2.592.663	2.679.939	3,4%
L02BB03	Bicalutamide	3.600.444	2.170.022	-39,7%
Totale parziale		152.718.524	170.695.998	11,8%
Totale		272.957.881	308.460.862	13,0%

Tabella 4 - Spesa ospedaliera comprensiva della distribuzione diretta: prime 30 molecole in ordine di spesa 2009. Periodo gennaio settembre.

Fonte: Flusso FES

Non sono compresi vaccini ed emocomponenti.



Ancora un contributo giurisprudenziale sulla P.M.A.

Una recente sentenza apre la porta all'uso clinico della diagnostica preimpianto in modo da evitare a tanti cittadini in difficoltà di doversi recare fuori d'Italia.

La sentenza del Giudice Antonio Scarpa del Tribunale di Salerno emessa il 9 gennaio 2010 in tema di procreazione assistita può esser letta in tanti modi: attraverso la lente dell'ideologia e suscitare così, a seconda dei casi, ammirazione o sdegno, ovvero con l'occhiuta supponenza dottrinarica del giurista o con la tremebonda ansietà, sostanzialmente relativistica, propria della medicina difensiva. Ma si tratterà pur sempre di letture preconcepite e inutili per la nostra professione così com'è il silenzio di chi si comporta come se la sentenza della Corte Costituzionale dell'8 maggio 2009 n. 151 non fosse mai stata pronunciata e la legge 40 potesse impunemente sopravvivere nella sua integrità alle censurazioni demolitrici della Consulta. E al silenzio "governativo" corrisponde la indifferenza di alcuni commentatori, che hanno ritenuto poco qualificante e forse ovvio il forte richiamo che tanto la Corte Costituzionale, quanto il Tribunale di Salerno, con diversa ma convergente autorevolezza, hanno voluto e saputo rivolgere alla medicina italiana, tanto ai suoi "profeti" quanto, ben più diffusamente, ai suoi cultori ed ai suoi organi rappresentativi.

Ed è questo il *sensu* vero della sentenza, di cui brevemente si riassume la ragione, in termini circostanziali e decisionali. Due coniugi «entrambi portatori di una mutazione del genere SMAI, causativa dell'atrofia muscolare di tipo 1, idonea nel 25% dei casi a trasmettersi in sede di concepimento della prole». Essi erano già andati incontro a ben quattro gravidanze, «la prima culminata, nel 2003, con la morte della piccola a causa della trasmissione della malattia genetica di cui i genitori sono portatori; la seconda e la quarta, nel 2004 e nel 2008, culminate con l'interruzione della gravidanza di feti risultati affetti dalla medesima malattia; la terza, nel 2005, a seguito della quale era nato il figlio Pietro, che dall'indagine prenatale era risultato invece non colpito dalla malattia». Prima di intraprendere una nuova "avventura" riproduttiva i coniugi si rivolgono ad un centro di medicina della riproduzione, per ricevere trattamenti di procreazione medicalmente assistita e diagnosi genetica prenatale e reimpianto. Ma il centro non li ha ammessi agli stessi per mancan-

za della condizione di sterilità-infertilità richiesta dall'art. 4, legge 9 febbraio 2004, n. 40. Ne consegue il ricorso al Tribunale «per riceverne un ordine di autorizzazione e accesso alle tecniche di P.M.A.», ovvero per sollevare la questione di illegittimità costituzionale dell'art. 4 della legge 40 sulla PMA, che ad avviso dell'estensore di questo commento, è già desumibile dalla Sentenza n. 151/2009 della Consulta, allorché ha espresso molte perplessità sulla interpretazione del concetto di sterilità-infertilità di cui all'art. 40 della legge 40.

Ebbene, sta proprio qui il punto cruciale del problema dal quale ha preso vigore e fermezza il Giudice salernitano che valorizza la sentenza pronunciata dal TAR del Lazio il 21 gennaio 2008 e il misconosciuto ultimo aggiornamento delle linee-guida sulla PMA: documenti che entrambi rivendicano «la possibilità di ricorrere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) anche in ipotesi di coppia in cui l'uomo sia portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili, e in particolare del virus HIV e di quelli delle epatiti B e C, riconoscendo che tali condizioni siano assimilabili ai casi di infertilità per i quali è concesso il ricorso alla PMA. Ciò già determina un ampliamento della concezione normativa di infertilità e quindi consente un maggior accesso alle pratiche di procreazione assistita».

È un postulato ovunque indiscusso che, d'altronde, l'infertilità si traduce sempre in danno alla salute della donna, in quanto condizione profondamente menomativa, pur se non corrispondente a impedimenti di natura biologico-clinica ma a legittime e civili remore morali e psicologiche fondate sulla responsabilità procreativa, cui fanno riferimento essenziali fonti e precetti del nostro diritto: dalla Corte Costituzionale, alla legge 180 sulla interruzione di gravidanza, cui fa "vergognoso" e occhieggiante richiamo proprio l'art. 6 della legge 40, là dove fa intravedere l'ultima spiaggia dell'aborto legale.

Ne discende anche per il Giudice che «il diritto a procreare, e lo stesso diritto alla salute dei soggetti coinvolti, verrebbero irrimediabilmente lesi da una interpretazione delle norme in esame che impedisse il ricorso alle tecniche di PMA da parte

MAURO BARNI

Già Presidente della Commissione Regionale di Bioetica

di coppie, pur non infertili o sterili, che però rischiano concretamente di procreare figli affetti da gravi malattie, a causa di patologie geneticamente trasmissibili; solo la procreazione assistita attraverso la diagnosi preimpianto, e quindi l'impianto solo degli embrioni sani, mediante una lettura "costituzionalmente" orientata all'art. 13 l.cit., consentono di scongiurare simile rischio. La diagnosi preimpianto, richiesta dalle coppie che abbiano accesso a tecniche di procreazione assistita, è quindi funzionale alla soddisfazione dell'interesse dei futuri genitori ad avere adeguata informazione sullo stato di salute dell'embrione, nonché sul trattamento sanitario consistente nell'impianto in utero dell'embrione prodotto in vitro. Lo stesso art. 14, comma 5 l.n. 40 del 2004 prevede il diritto della coppia di chiedere informazioni sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell'utero, informazioni determinanti per decidere se accettare o rifiutare il trasferimento. Una interpretazione parimenti costituzionalmente orientata dell'art. 6, comma 3 l. 40/2004 cit., in ordine alla irrevocabilità del consenso all'applicazione della tecnica una volta che abbia avuto luogo la fecondazione dell'ovulo, induce del resto a negare la sia pure astratta ammissibilità di un impianto coattivo degli embrioni laddove la donna intenda

revocare il proprio consenso.

In definitiva, la sentenza qui in commento vuole e può essere un invito rivolto al medico operante nei centri di PMA e soprattutto al medico della persona ad operare ed a consigliare serenamente in ordine ai principi fondanti di una medicina volta alla più ampia tutela della salute nel rispetto dei *diritti* alla salute (della madre e del feto), alla procreazione responsabile, alla *autonomia*, alla *dignità* della persona anche quando (sono parole della Consulta) «la previsione legislativa non riconosce al medico la possibilità di valutazione, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche in continua evoluzione sulle quali si fonda l'arte medica e sulle quali si basa anche e soprattutto la diagnosi genetica» (Cost. 8 maggio 2009, n. 151). Sono parole coraggiose ma rassicuranti, del tutto conformi al Codice di Deontologia medica che affronta il problema della PMA in maniera scientificamente ineccepibile e rispettosa del diritto ad una procreazione convinta e responsabile e del diritto alla salute materno-fetale.

Comunque, «in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve restare la autonomia e la responsabilità del medico che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali»: e sono parole di un Magistrato! **TM**

Qualità e professione

Toscana Medica 3/10



Test genetici: come e quando usarli

Come e quando usarli

Toscana Medica ringrazia gli autori per questa sollecitazione ai medici perché si sappia distinguere tra la medicina predittiva, una delle grandi scoperte della scienza moderna, e la illusoria predizione del futuro su cui pesano rilevanti interessi commerciali.

Da più parti si ritiene erroneamente che, poiché il DNA, depositario del patrimonio genetico, opera attraverso un codice chimico universale, le implicazioni cliniche dei test genetici siano praticamente univoche. Il continuo incremento di richieste di test genetici è certamente dovuto ai progressi della ricerca biomedica, ma in buona parte è anche una conseguenza di questa illusoria assunzione, che at-

tribuisce un potere quasi magico a tutto ciò che è legato al DNA e alla genetica. Negli ultimi tempi la credenza viene ulteriormente alimentata dall'offerta di test genetici mi-

racolosi, che, promettendo di individuare i punti deboli (e forti) del singolo individuo, garantirebbero la possibilità di migliorare le aspettative di

vita e di salute tramite l'adozione di misure preventive mirate.

La realtà è molto più articolata, poiché i singoli

MAURIZIO GENUARDI¹, FRANCESCA TORRICELLI²

¹ Responsabile S.O.D. Complessa Genetica Medica, A.O.U. Careggi

² Responsabile S.O.D. Complessa Diagnostica Genetica, A.O.U. Careggi

geni interagiscono tra di loro e con l'ambiente circostante in un intricato groviglio di connessioni. Ciò rende complessa la loro interpretazione e, di conseguenza, l'applicazione dei test nella pratica clinica.

In linea generale i test genetici possono essere suddivisi nelle seguenti tipologie in base agli scopi per cui vengono utilizzati:

Diagnostici. Come accade per la maggior parte degli accertamenti medici, questi servono a confermare o escludere un sospetto diagnostico insorto per la presenza di specifici sintomi.

Prenatali. Consentono di diagnosticare la presenza di una mutazione responsabile di malattia genetica nel feto o nell'embrione. A questo ambito appartiene anche la diagnosi genetica preimpianto, eseguita su un singolo blastomero proveniente da embrioni ottenuti tramite fecondazione *in vitro*.

Predittivi. In questo caso l'identificazione di una mutazione serve a stabilire la probabilità di comparsa di una malattia genetica, ad insorgenza in genere dopo l'infanzia (ad esempio, rene policistico dell'adulto, corea di Huntington, tumori ereditari della mammella e dell'ovaio).

Di suscettibilità. Come i precedenti, servono a stabilire il rischio di comparsa di una patologia. La differenza tra test predittivi e di suscettibilità risiede nell'entità del rischio associato ai geni oggetto d'indagine. I primi si riferiscono a forme patologiche dovute all'effetto, esclusivo o prevalente, di singoli geni, le quali sono pertanto trasmesse secondo i meccanismi dell'ereditarietà mendeliana. I secondi riguardano invece forme patologiche comuni su base multifattoriale, nelle quali sono coinvolti fattori sia genetici sia ambientali. I fattori genetici implicati sono molteplici e ciascuno di questi ha un effetto limitato sulla probabilità di sviluppare la malattia. In realtà non esistono confini ben delimitati tra le due classi di test, poiché anche le forme monogeniche risentono degli effetti di fattori ambientali e genetici "modificatori".

Per l'individuazione di eterozigoti ("portatori sani"). Questi vengono effettuati su soggetti sani appartenenti a famiglie in cui sono state identificate mutazioni genetiche in un probando (o *caso indice*, ovvero la prima persona che nella famiglia è stata analizzata, generalmente perché affetta da una patologia genetica). In genere si tratta di patologie autosomiche recessive, come la fibrosi cistica, o legate al cromosoma X, come la distrofia muscolare di Duchenne, e il risultato del test serve a definire il rischio riproduttivo.

Di screening. Questi vengono offerti ad un'ampia fetta di popolazione (neonati, adolescenti, coppie in età fertile, ecc.) in ragione di principi di efficacia degli interventi conseguenti, soprattutto in termini preventivi, e di rapporto costo/beneficio. La prevenzione può riguardare la salute dell'individuo sottoposto allo screening (ad es., neonato con diagnosi di fenilchetonuria, al quale andrà somministrata una dieta povera di fenilalanina) o le generazioni future (ad es., coppia di soggetti eterozigoti per β -microcitemia, che potrà far ricorso

alla diagnosi prenatale o effettuare altre scelte riproduttive).

Farmacogenetici, nutrigenetici. Fanno parte di una categoria che in senso lato può essere definita di test "ecogenetici", mirati a fornire informazioni sulle possibili reazioni di un individuo nei confronti di fattori ambientali (nel caso specifico farmaci e alimenti).

Al fine di garantire un utilizzo appropriato dei test genetici e di evitare possibili conseguenze negative sul piano clinico, è essenziale che le indicazioni e le modalità di impiego siano ben delimitate, sulla base di solide evidenze, e che la loro esecuzione avvenga nell'ambito di percorsi clinici condivisi, che prevedono il coinvolgimento dei genetisti, clinici e di laboratorio.

Nel caso delle patologie monogeniche, la definizione della popolazione cui offrire il test, dei criteri di accesso e dell'utilità clinica è relativamente semplice. Inoltre si tratta di condizioni generalmente rare, per cui il campo di applicazione dei singoli test è forzatamente ristretto.

Più delicata è la situazione per i test di suscettibilità, e anche per alcuni test farmacogenetici e nutrigenetici. In questo caso l'offerta può essere potenzialmente estesa all'intera popolazione. Tuttavia, allo stato attuale non esistono programmi di screening che prevedano la possibilità di eseguire test di suscettibilità. Infatti, anche in presenza di evidenze sufficienti (condizione irrinunciabile ma ancora piuttosto rara), l'utilità clinica è generalmente inficiata dai bassi valori di potere predittivo positivo e negativo e/o dalla mancanza di beneficio per la salute. La determinazione di un singolo fattore di rischio genetico per patologie comuni (ad esempio, malattie cardiovascolari, osteoporosi, diabete) è praticamente priva di significato se non addirittura fuorviante, perché non tiene conto dell'intervento di altre concause, che possono essere molto numerose, e delle loro interazioni.

È bene stare attenti a non cadere nella trappola delle sirene che incantano con promesse di test genetici in grado di definire percentuali obiettive di probabilità di suscettibilità o di protezione nei confronti delle comuni patologie dell'età adulta o la capacità di assimilazione di determinate sostanze alimentari. Poiché la struttura del patrimonio genetico del singolo individuo è stabilita fin dal concepimento, teoricamente questi potrebbero essere eseguiti nell'infanzia o perfino in epoca prenatale. In questo caso si lede l'autonomia decisionale del singolo individuo, che deve essere in grado di operare la propria libera scelta sull'opportunità di eseguire un test genetico una volta giunto alla maggiore età.

È quindi meglio evitare di prescrivere esami inutili o dannosi e, nel dubbio, è opportuno indirizzare i pazienti ad una consulenza genetica, che dovrebbe sempre precedere l'esecuzione di un test genetico, come previsto dalle disposizioni emanate nel corso di questi ultimi anni dalla Regione Toscana (si vedano ad es. le D.C.R. 145/2004 e D.G.R. 887/2006).

TM

Lo stato vegetativo: la gestione della fase cronica

Il modello operativo dell'azienda sanitaria fiorentina

Lo Stato Vegetativo (SV), con una prevalenza stimata di 3.5-5 casi/100.000 abitanti nel nostro Paese, persistenti ed elevati tassi di errore diagnostico anche in centri altamente qualificati ed un'aspettativa di vita media di 2-5 anni, rappresenta una condizione di grande attualità in senso clinico, etico ed economico.

La puntualità della diagnosi e della rivalutazione diagnostica dei pazienti in SV –imprescindibile data la possibile evoluzione dello stesso in Stato di Minima Coscienza (SMC), primo passo di un eventuale recupero dello stato di coscienza – ne condiziona il rapido accesso alla tipologia di assistenza e/o riabilitazione più adatte, anche in considerazione della particolare situazione familiare ed ambientale.

In altri termini, l'equità d'accesso alle cure e l'appropriatezza delle stesse, nell'interesse del singolo paziente e del SSN, dipendono strettamente dalla correttezza, dalla precocità dell'inquadramento diagnostico e, in particolare nella fase "cronica" di gestione di questi pazienti - dopo la dimissione dalle terapie intensive (fase acuta) e dalle terapie subintensive (fase subacuta) ovvero dalle strutture Codice 75 (non ancora presenti nel territorio fiorentino) - dalla garanzia di continuità dell'osservazione clinica "esperta" da parte di un "team" multiprofessionale (neurologo/neurofisiopatologo, internista, fisiatra, neurochirurgo, neuroriabilitatore, fisioterapista, terapeuta occupazionale, musicoterapeuta, psicologo).

Dal 2006 l'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF), in collaborazione con l'U.O. di Neurologia diretta dal Dott. G. Zaccara, ha messo a punto e per gradi posto in essere un modello di monitoraggio clinico qualificato, longitudinale, seriato dei 40 pazienti in SV ricoverati nelle due Strutture fiorentine private, convenzionate con la nostra Azienda, di Villa delle Terme, (sede Marconi e sede Falciani; Gruppo Segesta; Direttore Medico Dott. M. Lino), con molteplici finalità:

- 1) valutazione / rivalutazione "esperta" della diagnosi d'ingresso;
- 2) individuazione della sede – struttura per

pazienti critici con trattamento riabilitativo più intensivo ovvero lungodegenza – che meglio corrisponde alle necessità cliniche del paziente;

3) eventuale riallocazione del paziente in SMC in letti ove sia possibile un grado più intensivo di riabilitazione;

4) ottimizzazione, individualizzandolo ad hoc, dell'impiego delle risorse assistenziali e

riabilitative a disposizione;

5) costruzione di un "team" multiprofessionale integrato;

6) assistenza psicologica ai familiari dei pazienti in SV/SMC, ovvero in eccezionali casi al paziente stesso;

7) miglioramento del rapporto con le famiglie dei pazienti.

Il complesso lavoro di monitoraggio clinico "esperto" è organizzato e svolto, da alcuni anni, per l'U.O. di Neurologia della ASF, dalla Dott.ssa R. Chiaramonti, neurologa-neurofisiopatologa, che coordina e supervisiona anche l'attività di neurofisiologia (EEG, Potenziali Evocati), dal 2008 effettuabile "in loco" da parte dei tecnici di neurofisiopatologia della stessa U.O., utilizzata a supporto della valutazione clinica e del trattamento neuroriabilitativo.

In questo modo si distinguono i singoli pazienti, sulla base dell'inquadramento / re-inquadramento diagnostico derivante da un'osservazione clinica qualificata, e dalla continuità della stessa, in tre categorie:

A) pazienti in SMC e pazienti in cui la diagnosi clinica di SV/SMC sia incerta, stabili dal punto di vista cardiologico, pressorio e respiratorio e che possano essere sottoposti ad una riabilitazione più intensiva, ovvero instabili sul piano cardiologico, pressorio e respiratorio e che non possano o possano solo parzialmente essere trattati sul piano riabilitativo;

B) pazienti in SV ma ancora con probabilità di recuperare lo stato di coscienza (per es. lo SV post-traumatico del giovane) sia stabili che instabili sul piano cardiologico, pressorio e respiratorio;

C) pazienti in SV senza ragionevole probabilità di recupero dello stato di coscienza (per es. lo SV post-iposso-ischemico dell'anziano) sia stabili

PIERLUIGI TOSI, ROBERTA CHIARAMONTI*,
GAETANO ZACCARA°

Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF)

° Direttore U.O. Neurologia-Neurofisiopatologia - ASF

** Dirigente Medico I Livello Neurofisiopatologia - U.O. Neurologia-Neurofisiopatologia - ASF*

che instabili dal punto di vista cardiologico, pressorio e respiratorio.

Ogni paziente viene assegnato alla Struttura più adeguata alle proprie attuali necessità.

Mentre per i pazienti di categoria A e B, sia stabili che instabili, e per i pazienti di categoria C instabili si individuano i letti dedicati a malati critici di Villa delle Terme - Falciani (ove esiste un'organizzazione in moduli differenziati per intensità di cura e la possibilità di riabilitazione motoria e cognitiva più intensiva), per quelli di categoria C, stabili, si scelgono i posti letto di lungodegenza della sede Marconi di Villa delle Terme.

Allo scopo di garantire un'osservazione longitudinale "esperta" di questi malati si prevedono rivalutazioni periodiche (ogni tre-sei mesi per le categorie A e B; ogni sei mesi per la categoria C) e rivalutazioni dettate dalla necessità o dall'incertezza clinica, con possibilità di "turn over interno" alle due strutture extra-ospedaliere di Villa delle Terme in relazione alle condizioni ed ai bisogni attuali del singolo paziente.

Per l'efficiente ed efficace svolgimento di questa articolata attività la Dott.ssa R. Chiaramonti è chiamata a svolgere un continuativo lavoro d'interazione/integrazione/coordinamento con i clinici, i riabilitatori, il personale paramedico delle strutture extra-ospedaliere di Villa delle Terme, il personale tecnico di neurofisiopatologia della ASF e con le psicologhe che l'ASF, in collaborazione con l'Ass.C.A (Associazione Cerebrolesioni Acquisite), da alcuni anni, ha incaricato di seguire i familiari dei pazienti in SV.

Si è così progressivamente realizzato quell'"approccio multidisciplinare-individualizzato" che va nella direzione di precocemente identificare e sempre meglio rispondere alle necessità cliniche attuali del paziente in SV, ottimizzando l'utilizzo di tutte le nostre risorse, umane, professionali,

strumentali ed economiche.

Il gruppo multidisciplinare, coordinato dal Dott. M. Lino e dalla Dott.ssa R. Chiaramonti, con cadenza periodica e secondo necessità, organizza riunioni tra gli operatori sanitari e tra gli operatori sanitari ed i familiari del paziente in SV ("Focus Groups") riuscendo a realizzare sempre meglio una "gestione clinico-riabilitativa partecipata", che trova il consenso ed il gradimento delle famiglie di questi malati.

In particolare, il modello di "care" della fase di cronicità degli SV, messo a punto ed operativo nella nostra Azienda, in collaborazione con le Strutture di Villa delle Terme e l'Ass.C.A, ha permesso ai familiari dei pazienti una palpabile percezione di presa in carico e di continuità assistenziale che, insieme al supporto psicologico individuale ed al sostegno derivante dall'"essere parte" e dall'"essere messo a parte" della gestione e/o del percorso prospettato/prospettabile per il proprio Caro dal gruppo multidisciplinare, ha decisamente migliorato il clima interno, spesso conflittuale, alle sedi extra-ospedaliere di ricovero.

Il gruppo di lavoro multidisciplinare, coordinato dalla Direzione Sanitaria e dalla U.O. di Neurologia della ASF, in collaborazione con l'Ass.C.A, è, inoltre, impegnato nella costruzione di un qualificato e sempre più efficiente continuum assistenziale e/o riabilitativo dei pazienti in SV/SMC attraverso la collaborazione e l'integrazione sia con le strutture intensive, subintensive del nostro territorio ed i Codici 75 (limitrofi), da cui i malati provengono, che con le strutture e le risorse del nostro territorio, il cui ausilio risulta di fondamentale importanza per i malati che recuperino al punto da poter rientrare in sicurezza al proprio domicilio, sia pure con residua possibile disabilità motoria e/o cognitivo-comportamentale di grado variabile.

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 - sito: ammifirenze.altervista.org

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

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

Sito Internet: www.ordine-medici-firenze.it

L'Audit clinico

Un confronto fra regioni e fra Paesi

L'Audit clinico (*Clinical Audit*) è una iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli *outcomes* dell'assistenza attraverso una revisione fra pari strutturata, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario, sottoponendo i risultati di tali modifiche a nuove verifiche.

L'impegno variegato delle diverse regioni italiane, nell'ambito della *Clinical Governance*, ha portato a una diffusione di tale pratica, prevalentemente applicata al Risk management. Il confronto fra diverse realtà italiane – nei limiti in cui è possibile reperire una adeguata informazione – e un paese quale l'Inghilterra, in cui tale attività ha avuto il suo inizio, è utile per individuare criticità e linee di sviluppo.

In **Italia** le organizzazioni sanitarie hanno iniziato ad introdurre sistemi di gestione del rischio clinico solo a partire dal 2005. Infatti alcune realtà regionali come l'Emilia Romagna e la Toscana hanno scelto di inserire l'Audit clinico sia in ambito del sistema qualità sia nell'analisi degli eventi avversi gravi e mancanti.

Successivamente altre regioni hanno implementato in ambito sanitario i sistemi sia di qualità che di gestione del rischio clinico. La Toscana in particolare è stata la prima regione italiana ad istituire a livello del governo regionale un Centro regionale per la Gestione del Rischio Clinico con il mandato di supportare i clinici e le organizzazioni sanitarie stesse nella gestione del rischio clinico e nell'implementazione delle innovazioni organizzative. Ogni azienda sanitaria ospedaliera e locale ha un *clinical risk manager* ed una rete di facilitatori con il preciso mandato di diffondere la cultura della segnalazione spontanea degli eventi avversi e della implementazione dell'Audit clinico GRC come strumento; all'Audit clinico sono stati affiancati altri strumenti di revisione e di analisi come le *morbidity and mortality reviews* e la analisi delle cause alla radice (RCA). Attualmente questi strumenti molto diffusi e noti agli operatori sanitari sono ancora oggetto di miglioramento e diffusione.

La Toscana ancora recentemente ha inserito tra i requisiti dei percorsi di accreditamento istituzionale minimi standard di gestione del rischio clinico; tra questi requisiti minimi rientra l'obbligo per ogni struttura organizzativa dello svolgimento di almeno un Audit clinico GRC all'anno tra gli obiettivi di budget e l'attestazione volontaria di almeno una best practice tra quelle poste in delibera dal governo

regionale.

In Emilia Romagna l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha promosso una attività di Audit (<http://www.ospfe.it/index.phtml?id=1012>) costituendo, con il patrocinio della SIQuAS (Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria), un *network*

cui partecipano 15 aziende sanitarie provenienti da 7 regioni, che tiene un Workshop annuale. Obiettivo del *network* è anche la messa a punto di strumenti utili all'Audit, disponibili nel sito per le strutture del *network*, e progetti di formazione.

La Lombardia ha recentemente istituzionalizzato l'organizzazione della gestione del rischio clinico con la nomina di *risk managers* in tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere. Alcune istituzioni sanitarie di eccellenza hanno sistemi GRC molto consolidati e godono di un forte consenso; tra questi lo IEO è un esempio dove la gestione del rischio clinico si è collocata all'interno di un grande processo di qualità e sicurezza del paziente che trova periodicamente impegnati in Audit clinici ed in RCA molti operatori sanitari; la rete è diffusa in maniera capillare con un forte controllo a livello centrale da parte dell'Ente Regione. Attualmente in Lombardia e Veneto si registrano solo alcuni Audit clinici regionali condotti per l'analisi di alcuni percorsi clinico-diagnostici, come ad esempio la gestione del paziente con lesione vascolare cerebrale acuta, la donazione degli organi, la riabilitazione post dimissione di pazienti sottoposti ad interventi di protesi d'anca, l'appropriatezza dei tagli cesario.

Realtà lombarde come l'Azienda Ospedaliera Niguarda di Milano e l'Azienda ospedaliera S. Gerardo di Monza sono altrettanti punti di forza del modello lombardo per la gestione del rischio clinico.

In Italia non vi sono Audit clinici su base nazionale, che comprendano tutte le realtà del nostro Paese, ovviamente in relazione a singole problematiche o settori assistenziali, tali da offrire un quadro complessivo della qualità dell'assistenza; unico esempio (che non può definirsi Audit clinico) è la sorveglianza a breve termine degli interventi di *By Pass* aorto coronario nelle cardiologie italiane. Sono pertanto in attive iniziative interregionali o interaziendali, prevalentemente nel Centro Nord.

Di non trascurabile valore è l'offerta formativa in ambito sia del management sanitario sia per la formazione di figure specifiche dedicate alla gestione del rischio clinico. Il GIMBE - Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze (<http://www.gimbe.org/>) promuove, da oltre dieci anni, incontri e corsi sul tema dell'Audit clinico, nell'ambito della attività

MARCO GEDDES*, FRANCESCO VENNARI**

* Direttore sanitario. PO Firenze centro, Azienda sanitaria di Firenze

** Responsabile Risk management, Azienda sanitaria di Firenze

di implementazione della Clinical Governance e delle Linee Guida. La Scuola Superiore S. Anna di Pisa ha recentemente promosso la 5ª edizione del Master di Alta Formazione per Clinical Risk manager e la stessa Università Bocconi di Milano ed il CINEAS di Milano hanno rinnovato le iscrizioni per le edizioni dei loro rispettivi master in management sanitario e hospital risk management.

Il percorso italiano, seppure a diffusione non sempre omogenea, ha registrato in questi ultimi 5 anni un notevole sviluppo con gli operatori sanitari fortemente coinvolti a tutti i livelli. La partecipazione inoltre di organizzazioni dei cittadini e dei pazienti (Cittadinanzattiva, World Alliance for Patient Safety, ecc.) sottolinea l'importanza e sensibilità della tematica con un forte empowerment del cittadino-utente.

Una valutazione della pratica dell'Audit in Inghilterra è possibile, sia grazie a una serie di documenti ufficiali a livello nazionale, che attraverso occasioni annuali di confronto su quanto realizzato nei diversi Trust e nelle varie zone del Paese. Il quadro che ne emerge è quello di una attività sistemica orientata in misura rilevante dalle scelte di politica sanitaria nazionale nonché dagli obiettivi delle diverse associazioni professionali, portata avanti con notevole sistematicità, nella volontà di dare concretezza alle parole d'ordine "Good doctors, safer patients" e "High Quality care For All".

Diversa la situazione italiana, caratterizzata da alcune esperienze in qualche regione o presso Istituti a carattere scientifico, orientata prevalentemente sul Risk management o finalizzata alla valutazione di eventi sentinella, con una carenza – salvo alcune eccezioni – di sistematicità e sostanzialmente priva, nell'ambito dell'Audit clinico, di iniziative che coinvolgano in modo capillare il Sistema sanitario nel suo complesso.

Il National Health System (NHS) si avvale di una serie di istituzioni che si occupano di Audit clinico, di cui riportiamo l'elenco:

- **NICE:** National Institute for Health and Clinical Excellence (www.nice.org.uk). Il testo di riferimento, disponibile in pdf, è Principles for Best Practice in Clinical Audit, pubblicato nel 2002 (8).

- **CQC:** Care Quality Commission (www.cqc.org.uk)

- **NCAAG:** National Clinical Audit Advisory Group (www.nagg.nhs.uk)

- **HQIP:** Health Quality Improvement Partnership (www.hqip.org.uk)

- **NPSA:** National Patient Safety Agency (www.npsa.nhs.uk)

- **NHSLA:** NHS Litigation Authority (www.nhs.uk/home.htm).

Grazie anche a questo insieme di Agenzie e Commissioni l'attività di Audit in Inghilterra è assai diffusa, sia a livello nazionale che nelle diverse istituzioni locali.

Le problematiche affrontate sono molteplici, e seguono in linea generale un criterio di priorità:

1. Audit clinici finalizzati alla verifica della adesione alle Linee guida del NICE, e agli obiettivi dati dal governo centrale.

2. Audit clinici programmati dalla Direzione dei

diversi Trust o Fondazioni.

3. Audit clinici sulla base delle scelte dei Dipartimenti

4. Audit clinici proposti dai singoli professionisti.

Appare evidente, dalla scala di priorità sopra riportata, che i livelli decisionali, seppur collegiali, sono centrali (Agenzie governative, programmi delle associazioni professionali, obiettivi delle "Aziende sanitarie") e sono fortemente influenzati da dati e istanze provenienti dai pazienti e dalle associazioni di utenti, anche tramite la: *Health Care Quality Commission* (<http://www.cqc.org.uk>), che rappresenta gli interessi dei diversi attori.

Tale sistema ha consentito tre risultati:

1. La attuazione di molteplici Audit nazionali, quali, a titolo esemplificativo:

- **National Audit Project:** Major complications of airway management in the UK, promosso da: Royal College of Anaesthetists National Audit Project, The Royal College of Anaesthetists (RCOA) and the Difficult Airway Society (DAS), supported by the NPSA.

- **National Audit of Continence Care for Older People,** promosso da: Royal College of Physicians of London, Clinical Effectiveness and Evaluation Unit, Health Care of Older People Programme.

- **Nell'ambito del progetto WHO Safe Surgery Saves Lives "The Use of Checklists"** il gruppo britannico ha condotto una serie di Audit clinici nazionali sulla compliance nell'uso di checklists di sicurezza del paziente in sala operatoria. I risultati hanno consentito di conoscere qual è l'esatta collocazione degli strumenti di sicurezza in ambiti complessi e difficili come i settings chirurgici e la diffusione ed implementazione delle stesse (www.wbo.int/safesurgery).

2. La continuità delle attività di Audit, al fine di verificare periodicamente la implementazione delle linee guida e il raggiungimento di nuovi standard di qualità. Ad esempio il *National Audit Project: major complications of airway management in the UK* viene ripetuto per la quarta volta.

3. La capillare attuazione, in molte realtà, di Audit clinici. Ad esempio nel complesso ospedaliero di Sheffield (5 ospedali per adulti, 12.200 dipendenti, 23 dipartimenti e 40 specialità), nel corso del 2008, primi mesi del 2009 sono stati realizzati 171 Audit clinici, oltre a una serie di altre attività di verifica di qualità (Audit di sistema etc.). Una tale attività è resa possibile, ovviamente, anche da una adeguata struttura di riferimento, che dedica alla revisione di qualità 18 operatori.

Da tale confronto, nonché da altri studi, si evidenzia come luci ed ombre siano fortemente presenti nel sistema italiano, in particolare per l'assenza di una cabina di regia a livello nazionale e per una prevalente attenzione alle situazioni contingenti in particolare se hanno avuto un risalto sui mass media - trascurando una strategia di più ampio respiro, volta a monitorare e implementare complessivamente la qualità dell'assistenza.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: marco.geddes@asf.toscana.it

TM

Incidenti stradali, bevande alcoliche e droghe

Uno studio nell'area metropolitana fiorentina

INTRODUZIONE

Gli incidenti stradali sono uno dei maggiori problemi in termini di mortalità e morbidità nel mondo occidentale, e in particolare in Europa, dove ad esempio secondo l'OMS nel 2004 sono morte più di 120.000 persone e hanno riportato infortuni circa 2,5 milioni.

È stata ben dimostrata un'associazione tra livelli di alcolemia e gravità degli incidenti stradali, con valori più elevati di alcolemia negli incidenti mortali.

La mortalità per incidenti stradali nei paesi dell'Europa meridionale è mediamente più alta che nei paesi dell'Europa settentrionale e, mentre su questo argomento esiste un'attiva ricerca nordeuropea e americana, scarseggiano gli studi sud europei ed in particolare italiani, dove i dati ISTAT, basati finora sull'identificazione di guidatori in evidente stato di ebbrezza da parte delle forze dell'ordine, sono stati evidentemente sotto-stimati (p.e. nel 2004 in Italia gli incidenti stradali alcol-correlati erano calcolati all'1.45% del totale).

Tale disattenzione corrisponde all'atteggiamento passivo del governo italiano, che solo nel 1988 decretava che un'alcolemia uguale o superiore a 0.8 grammi/litro nei guidatori di veicoli a motore, veniva sanzionata come ebbrezza alcolica. Tale limite fu abbassato a 0.5 g/l con la legge quadro 2001 sull'alcol.

DISEGNO DELLO STUDIO

L'obiettivo di questa ricerca, realizzata nell'area metropolitana fiorentina, è stato di documentare se il profilo degli incidenti stradali alcol correlati tuttora differisca da quello dei paesi delle culture nordeuropee e nordamericane; ci è sembrato inoltre attuale accertare il peso relativo che negli incidenti ha il consumo di droghe.

Lo studio, successivo a una ricerca pilota effettuata nel DEA dell'Ospedale di Santa Maria

Annunziata di Firenze nel 2000-2001, è una cooperazione tra: (a) i DEA dell'ospedale Nuovo San Giovanni di Dio, di Santa Maria Nuova e di Borgo San Lorenzo dell'Azienda Sanitaria Fiorentina; (b) i DEA dell'Azienda Ospedaliera e Universitaria di Careggi; (c) il Comune di Firenze; (d) l'Unità di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità Toscana; (e) il laboratorio di Tossicologia Forense dell'Azienda Ospedaliera

e Universitaria di Careggi; (f) l'ACI di Firenze e (g) la compagnia assicurativa INA-Assitalia. Il coordinamento è stato realizzato dall'Unità di Educazione alla Salute e dal Centro Alcolologico della Asl fiorentina. Il protocollo è stato approvato dal Comitato Etico dell'ASF.

La ricerca nei primi quattro DEA ha avuto inizio nel dicembre del 2003 e, dopo qualche mese di interruzione estiva nel 2004, è terminata nel maggio 2005; la ricerca nel quinto DEA si è svolta tra giugno e settembre 2007. Per ciascun DEA si sono arruolati con un procedimento randomizzato un terzo dei soggetti di età di 18 anni e oltre, consecutivamente afferiti entro tre ore dall'incidente stradale nell'arco di tre mesi. In ogni DEA veniva indetta una riunione iniziale con il personale medico ed infermieristico per descrivere lo scopo ed i metodi del progetto.

Dopo aver firmato un consenso informato, ogni paziente ha acconsentito al prelievo di campioni di sangue e urine che sono stati poi analizzati in laboratorio per determinare la presenza nel sangue di alcol e di stupefacenti (cannabinoidi, oppiacei, cocaina, metadone, amfetaminici) operando mediante gascromatografia/spettrometria di massa.

RISULTATI

Gli incidentati maggiori di 18 anni ammessi nei cinque DEA che hanno accettato di partecipare sono stati 735 – il 73,7% di tutti i sogget-

ALLAMAN ALLAMANI¹, HAROLD HOLDER²,
VERONICA SANTARLASCI¹, GABRIELE BARDAZZI¹,
FABIO VOLLER⁴, FRANCESCO MARI³,
ELISABETTA BERTOL³, CRISTINA ORSINI⁴

¹ Centro Alcolologico, Azienda Sanitaria Fiorentina

² Prevention Research Center, Pacific Institute for Research and Evaluation, Berkeley, California

³ S.O.D.C. Tossicologia Forense, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi- Dipartimento Anatomia Istologia e Medicina Legale, Università degli Studi di Firenze

⁴ U.O. Epidemiologia, Azienda Sanitaria Fiorentina

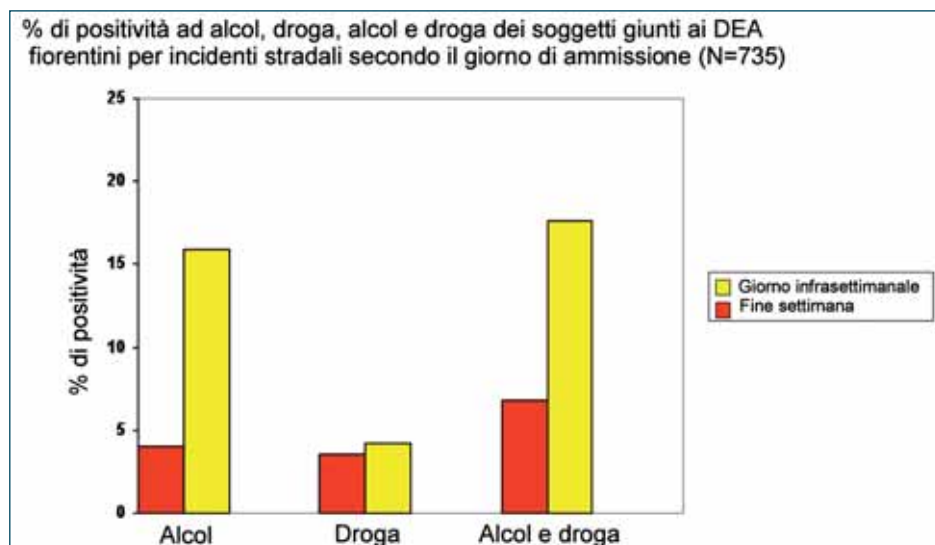


Figura 1

ti contattati –, con età tra 18 e 85 (media 38,1). Gli incidenti sono avvenuti principalmente nelle strade cittadine (80,7%) e meno su strade provinciali (9,8%), e autostrade (5,7%). I poli-traumi sono stati il 10,8%. Settanta individui (9,5%) sono risultati positivi per *alcol e/o droghe* (cioè con presenza di almeno una sostanza) mentre 52 (il 7,9%) erano positivi all'alcol. La maggioranza di chi aveva alcolemia positiva (il 78,8%), era pari o sopra il limite legale (0,5 grammi/litro).

Ventisette persone (3,75%) sono risultate positive alle droghe (cocaina, tetraidrocannabinolo, oppiacei). La percentuale degli incidenti con positività per alcol e/o droghe avvenuti nel fine settimana (tra le 24:00 di venerdì alle 8:00 di lunedì) è risultata il 17,6% – tre volte più alta che negli altri giorni (Figura 1).

Se ci riferiamo poi a tutti gli incidenti avvenuti di notte, tra le 20:00 e le 5:59, la loro positività ad alcol e/o droghe (22,1%), è quasi 4 volte di più di quelli avvenuti di giorno (Figura 2).

Guidatori e passeggeri di motocicli e motorini che rappresentano quasi la metà di quelli che hanno avuto lesioni a seguito di incidente stradale – e di auto (9,4%) avevano discreti livelli di alcol e/o droghe (9,9% e 9,4% rispettivamente). Le droghe erano presenti specialmente nel caso di motocicli e motorini.

Riguardo la gravità delle lesioni (Tabella 1), premesso che le lesioni più gravi sono comprensibilmente risultate le meno frequenti, la positività ad alcol e/o droghe è risultata maggiore (18,4%) tra i soggetti con lesioni più gravi, e minore (7,6%) nei soggetti con lesioni moderate o lievi.

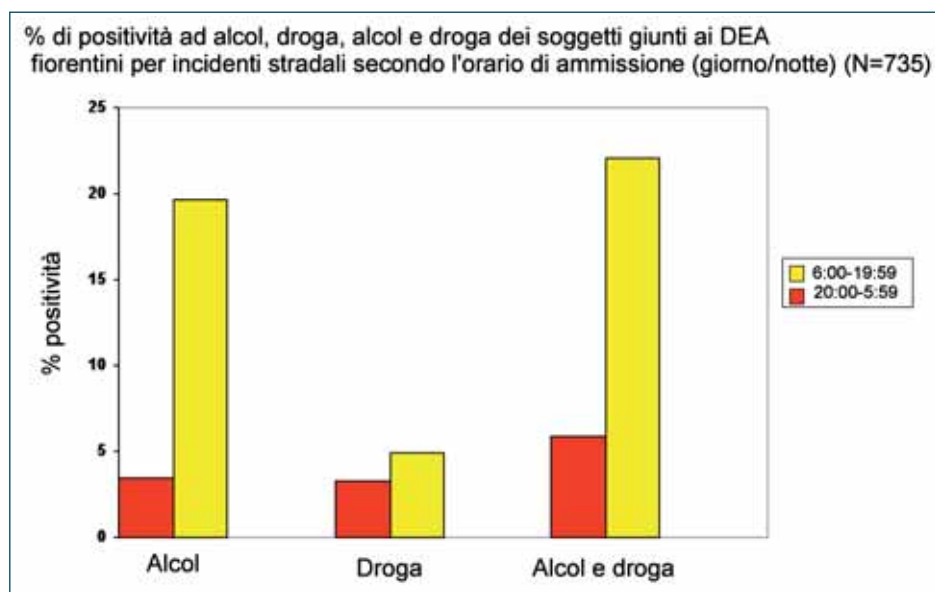


Figura 2

Tabella 1 - Distribuzione dei pazienti giunti al DEA per incidente stradale positivi per alcol, droghe, alcol e/o droghe secondo la gravità della lesione (N=711).

Gravità della lesione	Rispondenti		Positivi per alcol e droghe		Positivi per alcol		Positivi per droga	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Elevata (codice rosso+giallo)	103	14,5	19	18,4	13	12,6	8	7,8
Moderata (codice blu + verde)	251	35,3	16	6,4	16	6,4	7	2,8
Lieve (codice bianco)	357	50,2	27	7,6	20	5,6	12	3,4
Totale	711	100,0	62	8,7	49	6,9	27	3,8

Tra i 401 soggetti che hanno risposto a un questionario sugli stili di vita, nessuno dei positivi per alcolemia ha ammesso che il suo bere fosse relazionato con l'incidente stradale.

CONCLUSIONE

Lo studio mostra che l'alcol e le droghe illegali sono un importante fattore di rischio per gli incidenti stradali nell'area metropolitana fiorentina. La positività generale per alcol e/o droghe (9,5% del campione) e per alcol (7,1%) qui riscontrata appare inferiore ai dati nordeuropei, e a quelli dei due studi italiani su DEA già citati – lo studio pilota all'OSMA di Firenze, e la ricerca di Fabbri e colleghi nell'ospedale di Forlì –, i quali ultimi hanno però selezionato pazienti con lesioni più gravi o con evidenze di effetti da alcol.

Tuttavia, se osserviamo i giorni di fine settimana, e le fasce orarie notturne, a maggior rischio per la guida sotto l'effetto dell'alcol, si nota che risulta positivo ad alcol e/o droghe approssimativamente il 22% degli incidentati durante la notte, e il 18% di quelli nel fine settimana. In generale, queste sono le ore in cui gli incidenti stradali sono meno frequenti ma più gravi. Questi risultati, diversamente dai precedenti, si avvicinano invece agli studi dei paesi nordeuropei e nordamericani.

I giovani e giovani adulti (18-35 anni) costituiscono più del 50% degli incidentati stradali giunti al DEA, e risultano il più numeroso gruppo positivo ad alcol e/o droghe. Questo andamento suggerisce che la prevenzione dovrebbe essere rivolta in particolar modo ai giovani fino ai 35 anni, soprattutto maschi.

La più alta frequenza di incidenti alcol correlati durante la notte piuttosto che di giorno potrebbe riflettere i cambiamenti in atto nella modalità di bere nel nostro paese, dove parrebbe ora preferirsi il bere a cena o durante la sera piuttosto che a pranzo.

Il nostro studio mostra inoltre che tra i soggetti che hanno subito lesioni durante un incidente stradale c'è un certo numero di persone che fanno uso di droghe, che guidano moto/motorini od auto, per lo più nella fascia d'età tra 18 e 35 anni – le

quali spesso sono anche positive per alcol. Questi risultati suggeriscono che la prevenzione degli incidenti stradali per il futuro dovrà prendere in considerazione, oltre che l'alcol, anche l'uso di droghe.

Le persone con alcolemia positiva sotto il limite legale dei 0,5 grammi per litro di sangue – che si possono ritenere appartenere alla categoria dei bevitori moderati – sono solo il 21% di tutti gli alcol-positivi. Questo si potrebbe spiegare col fatto che i bevitori moderati sono più attenti agli effetti dell'alcol rispetto agli altri, e che potrebbero mettersi alla guida quando gli effetti dell'alcol sono ridotti o finiti, o non bere se prevedono di guidare.

In conclusione, la ricerca fornisce rilevanti informazioni sull'associazione tra alcol stupefacenti ed incidenti stradali nell'area metropolitana fiorentina ed è stata in grado di riscontrare la presenza di tali sostanze nel sangue dei pazienti, a differenza della maggior parte degli studi che si fondano su rilevazioni ottenute mediante questionari o spirometrie. Questo studio fornisce inoltre una solida base di partenza per altre ricerche epidemiologiche e per programmi di prevenzione.

RINGRAZIAMENTI

Grazie a Mirna Migliorini che in qualità di assessore provinciale alla Viabilità, Trasporti e Protezione civile ha creduto nel progetto finanziandolo, ad Alessandra Maggi che come referente Educazione alla Salute dell'ASF ha realizzato il coordinamento; Alessandro Rosselli, Giancarlo Berni, Carlo Cappelletti, Alfonso Lagi, Stefano Grifoni, Gianfranco Cotugno per la loro cooperazione in quanto responsabili DEA nell'organizzare lo studio; a Irina Priakhina per le analisi di laboratorio; a Tommaso Benedetti, Lorenzo Baggiani, Carmela Farfalla, Donatella Bemporad, Rosanna Mastroianni, Sonia Garcia, Laura Cucorullo, Donatella Zagni e Vat Marashi per le interviste ai pazienti e la raccolta dei campioni; e ai pazienti che hanno accettato di collaborare alla ricerca.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: allamana@gmail.com

TM

Ospedale Psichiatrico Giudiziario

Si cambia finalmente?

Ho letto gli articoli, accolti da Toscana Medica negli ultimi numeri e ho atteso prima di dare il mio contributo per avere elementi concreti da mostrare e sui quali riflettere. A partire dal 1986

sono stato, fino al giugno 2008, Direttore, Sanitario e Amministrativo Penitenziario, dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) di Montelupo Fiorentino.

Il DPCM del 1-4-08 ha dato applicazione concreta al D. Lgs. 230/99 ed ha determinato il passaggio mio, e di tutto il personale dell'OPG, alla USL 11 di Empoli. Tale fatto ha creato molte novità organizzative e funzionali tra le quali l'attribuzione della Direzione effettiva dell'OPG ad un Dirigente Penitenziario e la Responsabilità dell'organizzazione sanitaria al personale dell'USL 11.

L'USL 11 ha costituito infatti l'UOC denominata "Salute in Carcere" perché ad essa afferiscono sia le competenze riguardo l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo che quelle del Carcere di Empoli.

Nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino le condizioni organizzative, dovute alla prevalenza delle prerogative e regole penitenziarie rispetto a quelle improntate all'attenzione terapeutica, e le condizioni strutturali, caratterizzate da luoghi e arredi di tipo carcerario, e non certo ospedaliero, si possono accentuare venendo meno una Direzione unica che poteva tenere adeguatamente conto di ambedue gli aspetti, sicurezza e cura.

Ad ogni buon conto l'attività terapeutica non è mai venuta meno, sia all'interno della struttura che all'esterno, in collaborazione con Volontariato ed Associazionismo.

L'obiettivo finale è di favorire la guarigione clinica o il riequilibrio della condizione psicopatologica del paziente, il compenso clinico e/o sintomatologico, inteso come attenuazione o risoluzione dei sintomi clinici che possono sostenere eventuali azioni o agiti trasgressivi, il compenso comportamentale, inteso come capacità di autocontrollo e di gestione degli agiti impulsivi o istintivi.

L'esito dell'intervento terapeutico è infine quello di individuare, in accordo con i Servizi territoriali (DSM competenti per territorio), il progetto

terapeutico più adeguato per consentire alla Magistratura competente di adottare i provvedimenti per la dimissione del paziente dall'Istituto (revoca della misura o Licenze Finali Esperimento).

Elementi concreti da apportare al dibattito sono stati la verifica, nel corso dell'anno 2009, del lavoro svolto e del turnover dei pazienti dell'Istituto.

Nel corso dell'anno 2009 sono usciti dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino, con provvedimenti di revoca o di Licenza Finale, ben 74 internati, come indicato nella Tabella che segue:

	Dimessi 2009	Nuovi Ingressi 2009
Toscana	22	21
Lombardia	14	9
Lazio	11	16
Piemonte	5	1
Liguria	3	8
Veneto	3	2
Umbria	4	2
Sardegna	3	10
Campania	1	–
Puglia	1	–
Marche	1	1
Friuli	1	–
Altre		2
Altri Stati	5	1
Totale	74	73

Nella stessa Tabella si evidenziano i dimessi dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario che appaiono numericamente sovrapponibili agli ingressi per cui la presenza degli internati nel corso dell'anno è rimasta sostanzialmente immutata. Tale dato ha poco valore perché gli ingressi in Ospedale Psichiatrico Giudiziario sono governati dall'Ufficio Detenuti del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria di Roma che provvede ad equilibrare le presenze tra i vari OPG.

Nel territorio vi sono infatti solo 6 Ospedali Psichiatrici Giudiziari che "contenevano", alla data del 31-10-2008, ben 1345 persone internate, delle quali 90 donne.

È interessante segnalare quale sia stato il luogo di dimissione:

FRANCO SCARPA

*Psichiatra, Responsabile UOC "Salute in Carcere"
USL 11 di Empoli*

• Domicilio	25 (33,7 %)
• Comunità terapeutiche	34 (46,0 %)
• Ospedale o Spdc	5 (6,8 %)
• Altre	10 (13,5%)

Un altro dato da segnalare appare quello dei rientri in Ospedale Psichiatrico Giudiziario per “fallimento” del progetto terapeutico. In tal caso la Licenza Finale Esperimento, o la misura di sicurezza “non detentiva” concessa dal Magistrato, viene revocata e il paziente rientra in Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Tale evenienza si è verificata nel corso del 2009 per n. 7 pazienti, a fronte di un numero di oltre 120 Licenze Finali attivate nel corso degli anni.

Dei rientri in OPG, 3 si sono verificati per Licenze Finali concesse nell'anno stesso, ed in uno dei casi la Licenza Finale è stata di nuovo attivata nel corso del 2009 stesso.

Il futuro dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino dipenderà dalla rapidità con la quale si attueranno gli accordi nazionali, in base ai quali dovranno essere assegnati a tale Ospedale Psichiatrico Giudiziario solo internati delle Regioni Toscana, Liguria, Umbria e Sardegna.

Ogni Regione dovrà poi attuare quanto è previsto nella Fase III del documento allegato al DPCM 1-4-08 ed organizzare un proprio sistema di accoglienza e trattamento dei pazienti di propria competenza in strutture a vario gradiente di sicurezza. Ciò consentirà alla Regione Toscana di dare piena attuazione al recente accordo per organizzare una struttura a custodia attenuata al posto dell'attuale Istituto posto a Montelupo Fiorentino.

In ogni caso i dati mostrati indicano che:

- a) è necessario potenziare sempre più il canale di uscita dall'OPG (*out-gate*) accorciando il tempo di permanenza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario a quello più direttamente indispensabile per la formulazione e realizzazione di un progetto terapeutico in strutture esterne. La Regione ha predisposto, in accordo con l'USL 11, un progetto di finanziamento specifico per facilitare le dimissioni, soprattutto dei pazienti che, pur avendo raggiunto il termine della misura comminata in sentenza, sono ancora in OPG in regime di proroga della misura di sicurezza (progetto “Oltre le Mura”);
- b) è indispensabile governare i processi di ingresso (*in-gate*) agendo in maniera preventiva sui meccanismi di applicazione delle misure di sicurezza. Ciò è possibile intervenendo, come Servizi Psichiatrici, ed in molti casi anche in collaborazione con i SERT, sui procedimenti giudiziari in collaborazione con la Magistratura, gli Avvocati, i Consulenti Tecnici d'Ufficio cui è affidata la perizia e la valutazione della imputabilità e della pericolosità sociale. In molti casi un intervento precoce e coordinato può evitare l'invio in Ospedale Psichiatrico Giudiziario o accorciare al minimo la perma-

nenza; in un'analisi di un campione di ordinanze di applicazione di misure di sicurezza provvisoria, pertanto per pazienti cui non era stata ancora emanata sentenza definitiva, è emerso come in 2/3 dei casi i pazienti facevano ingresso in Ospedale Psichiatrico Giudiziario direttamente dalla libertà senza passare da un Carcere. Per 1/3 dei casi in totale la misura di sicurezza veniva applicata dal Magistrato senza un preventivo accertamento di pericolosità tramite perizia ma solo in base a relazioni o documentazione sanitaria presente agli atti del Giudice o del Pubblico Ministero;

- c) non è da sottovalutare infine il fenomeno del reingresso in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (*revolving-gate*, analogo al fenomeno del *revolving-door*) allorché i fallimenti dei progetti di dimissione appaiono caratterizzati da oscillazioni e variazioni cliniche e non da reali comportamenti di pericolosità. Il percorso di stabilizzazione di un paziente psichiatrico può essere molto lungo e dipendente da aspetti contestuali per cui una eventuale “crisi” dovuta al venir meno della validità di aspetti ambientali (Residenza o Comunità, carenza di risorse o altro) non può essere utilizzato come elemento per ripristinare la misura di sicurezza.

In concreto il processo di superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, concretamente avviato con il DPCM 1-4-08 e, per la Regione Toscana, nei protocolli sottoscritti con l'Amministrazione Penitenziaria, deve essere supportato da concrete azioni per riformare la cultura operativa dei Dipartimenti di Salute Mentale, e dei SERT nei casi nei quali è necessaria la partecipazione e competenza, per agire sempre più in termini di prevenzione e di precoce presa in carico dei disturbi comportamentali, connessi ed originati dalla patologia mentale, che possono, o hanno determinato, agiti violenti esitati in reati. Occorre che si modifichi la cultura dei Servizi nei confronti dei pazienti autori di reato per poter arrivare ad un risultato stabile nella Riforma in corso di attuazione.

Un intervento del genere potrà anche attenuare il fenomeno segnalato dai colleghi Iannucci e Domenichetti di utilizzo degli Istituti Penitenziari, e non solo l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, come contenitori del disagio sociale e psichico. Il processo di Riforma attuato con la Legge 180 non deve trovare ostacoli e, finalmente dopo 30 anni, ingloba anche gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, restati fuori dal processo di Riforma. Dopo aver “scarcerato”, o “sdoganato”, la Sanità Penitenziaria, è l'ora di iniziare a “scarcerare” i pazienti.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: f.scarpa@usl11.toscana.it

TM

Percorsi di integrazione lavorativa per gli utenti con disagio psichico

Premessa

Il disagio psichico si associa ad una maggiore “fragilità” relativa ai diritti fondamentali di *esistenza, abitare, avere relazioni*. Il lavoro favorisce una percezione positiva di sé come membro attivo e integrato nella comunità di appartenenza (Keyes 1998) e la socializzazione al lavoro è parte del più generale processo di maturazione e sviluppo per cui un individuo diventa persona (Lepri & Montobbio, 1999). Sia le linee guida NICE (2003) che quelle dell'American Psychiatric Association (2004) per la schizofrenia, indicano tra gli interventi efficaci e raccomandati i programmi di impiego assistito e di integrazione lavorativa.

Progetti attuati per gli utenti dell'U.F. Salute Mentale Adulti, Asl 9, zona grossetana

L'U.F. S.M.A. Asl 9, ha attivato ogni anno, nell'“area grossetana”, in media 60 inserimenti lavorativi socio-terapeutici, con “incentivo” di 155 euro mensili per massimo 20 ore settimanali. Nel 2007 è stato attivato un laboratorio artigianale di “terapia occupazionale”, situato in una zona centrale della città e con una vetrina di esposizione al pubblico, dove si effettua una prima fase di osservazione di abilità lavorative, accettazione di regole interpersonali, grado di partecipazione e iniziativa nel lavoro.

L'inserimento socio-terapeutico rischiava però di divenire uno spazio “senza sbocco” (senza reale accesso al mercato del lavoro). Per ovviare a tale criticità (correlata verosimilmente alla relativa “frammentazione” dei percorsi di riabilitazione al lavoro e alla mancanza di integrazione tra servizi, enti pubblici, agenzie per il collocamento mirato, associazioni di volontariato, associazioni di utenti e familiari, pubblico impiego, privato e cooperazione sociale), il Dipartimento di Salute Mentale Asl 9 negli anni '99-'08, ha attivato i seguenti progetti:

1) progetto Horizon, finanziato dal Fondo Sociale Europeo, a conclusione del quale sono stati assunti 6 utenti da Cooperative Sociali e 2 utenti dal Comune di Grosseto;

2) progetto Equal 1, finanziato dal Fondo Sociale Europeo, con assunzione di 8 utenti da Cooperative Sociali per le “isole ecologiche” (ciclo dei rifiuti);

3) progetto Equal 2, finanziato dal Fondo Sociale Europeo, con assunzione di 2 utenti da Cooperative Sociali;

4) progetto “Borse Lavoro” attuato nel '06-'07, cofinanziato da: Regione Toscana (fondi specifici per la sperimentazione di interven-

ti innovativi nel campo della salute mentale), Asl 9 e Camera di Commercio di Grosseto, a conclusione del quale sono stati assunti 5 utenti da Cooperative Sociali e un utente da un'impresa privata.

A questi progetti dipartimentali, l'U.F. S.M.A. del Distretto “area grossetana” ha dato il contributo quali-quantitativo più rilevante.

Nel progetto Equal si è realizzato un tavolo permanente di lavoro costituito da: servizi riabilitativi dell'Azienda USL; Centro per l'Impiego della Provincia; servizi sociali del Comune; organizzazioni del terzo settore, in particolare le cooperative sociali A e B; rappresentanti dell'imprenditoria privata; rappresentanti dell'utenza.

È stato introdotto il “tutor”, operatore della mediazione tra utente, famiglia e mondo del lavoro. Alla fine del progetto Equal “Impresa Sociale Toscana Sud”, è stato prodotto il manuale per i tutor: Svantaggio sociale e inserimento lavorativo (Corlito G., 2006). Sono stati inoltre progettati servizi di supporto per le imprese (formazione di tutor aziendali; procedura per certificare un “marchio di sostenibilità sociale” per imprese che assumono disabili psichici; ricerca di agevolazioni finanziarie).

Il progetto “Borse lavoro” è stato realizzato attraverso le seguenti fasi:

1) Costituzione di un tavolo di lavoro tra servizi, enti pubblici, agenzie per il collocamento mirato, associazioni di volontariato, associazioni di utenti e familiari, pubblico impiego, privato e cooperazione sociale;

2) Corso di formazione per tutor ed operatori coinvolti;

NADIA MAGNANI*, STEFANIA CECCHI**,
GIUSEPPE CORLITO***,
GIUSEPPE CARDAMONE****

* Psichiatra Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Asl 9, Area Grossetana

** Educatrice Professionale Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Asl 9, Area Grossetana

*** Coordinatore Dipartimento Salute Mentale Area Vasta Sud Est (Grosseto, Arezzo, Siena)

**** Direttore Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Asl 9, Area Grossetana

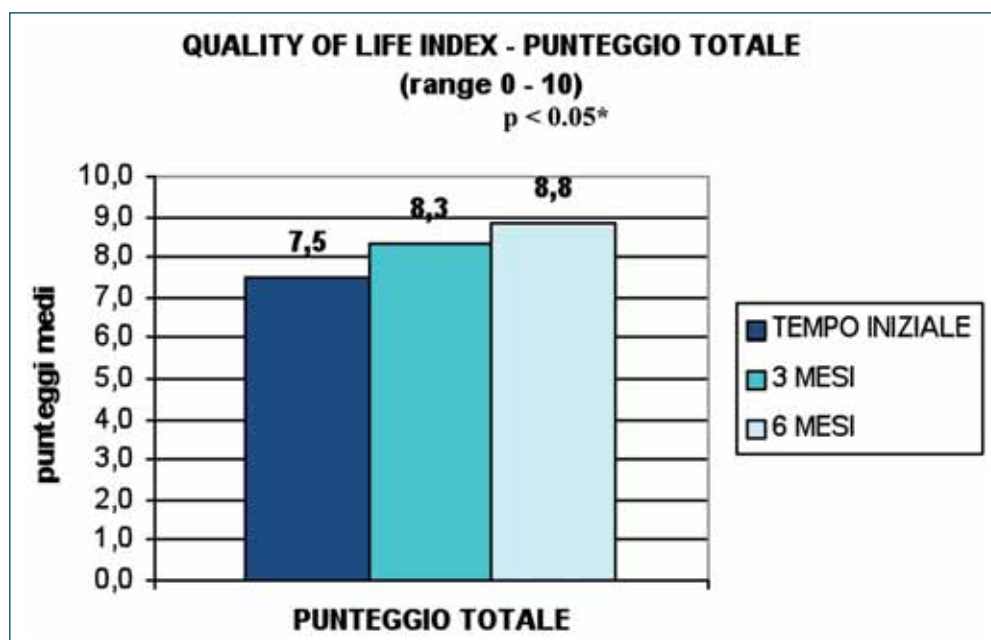


Figura 1 - Punteggi medi totali conseguiti alla Quality of Life Index nelle valutazioni condotte al tempo iniziale, a 3 mesi ed a 6 mesi dall'inizio della borsa lavoro (*Significatività tra valutazione al tempo iniziale e valutazione a 6 mesi).

3) Censimento degli inserimenti lavorativi effettuati da utenti del DSM;

4) Censimento delle aziende e delle cooperative disponibili alla formazione in situazione ed al tirocinio in azienda;

5) Mediante valutazione standardizzata, individuazione di 19 utenti con buon funzionamento nell'inserimento lavorativo;

6) Bilancio delle competenze e valutazione dei curricula, con individuazione per ciascuno dei 19 utenti, di un contesto lavorativo tra quelli disponibili alla formazione in situazione a al tirocinio in azienda;

7) Attivazione di 19 borse lavoro semestrali supportate dai tutor;

8) Attività per sensibilizzare la comunità al superamento dello stigma e all'integrazione;

9) Rilevamento dei dati socio-anagrafici e clinici dei 19 utenti e monitoraggio del progetto mediante valutazioni standardizzate ripetute.

A conclusione del progetto abbiamo rilevato, a 6 mesi dall'inizio della borsa lavoro, un miglioramento statisticamente significativo della qualità della vita (Figura 1).

A novembre '07, terminato il progetto "Borse lavoro", è stato firmato un protocollo operativo tra la Provincia di Grosseto (Settore Politiche Sociali e Pari Opportunità) e il Dipartimento di Salute Mentale come organizzazione stabile di raccordo tra i Servizi per l'Impiego della Provincia di Grosseto ed il DSM ASL 9, per favorire progetti personalizzati di inserimento al lavoro.

Attivare percorsi integrati tra i vari referenti coinvolti nei processi di integrazione lavorativa e stabili nel tempo, è fondamentale per sostenere gli utenti con disabilità psichica, nei percorsi formativi professionali e nella ricerca di un lavoro, privilegiando un rapido inserimento nei normali contesti di vita, utilizzando le risorse del contesto socio-economico di riferimento ed intervenendo sull'ambiente per attivare percorsi di inclusione sociale, che utilizzino la "diversità" quale valore aggiunto per una consapevole società civile.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: n.magnani@fastwebnet.it

TM



**BANCA
CR FIRENZE**



La salute in carcere: un quadro drammatico

Vi è la piena consapevolezza di trovarci di fronte ad una Riforma epocale, che quando andrà a regime, produrrà risultati importanti e significativi. Al momento attuale siamo costretti a parlare di una Riforma tradita. Intanto la Riforma è venuta a calare nel momento peggiore. Un momento in cui il carcere scoppia. Per i suoi numeri preoccupanti, numeri mai raggiunti nella storia del nostro Paese. Abbiamo superato 66.000 detenuti. In Toscana siamo a 4.300. Troppi.

Registriamo letti a castello, materassi per terra. Sono state requisite le aule scolastiche, le palestre. Sono stati occupati persino i corridoi. In queste condizioni assurde ed impossibili, diventa veramente aleatorio applicare i principi ispiratori della Riforma. Saltano tutti gli schemi di trattamento. Saltano tutti gli schemi di controllo medico. Viviamo alla giornata. Rincorriamo con affanno le emergenze cliniche. Viene meno una seria programmazione. Viene meno la Medicina Preventiva. Sono presenti al momento attuale in Toscana 1.300 detenuti in più. Il sovraffollamento condiziona ed influenza molteplici aspetti, rendendo precarie sia la struttura edilizia sia le più elementari regole di igiene personale ed ambientale.

Il sovraffollamento favorisce il contagio, la diffusione di malattie infettive trasmesse aerosolicamente, rende insufficienti i già precari servizi igienici presenti nel carcere favorendo patologie veneree ed infezioni intestinali.

Tutti questi elementi portano ad una sola considerazione: l'organizzazione penitenziaria è in ginocchio. Siamo di fronte ad un carcere profondamente malato. Inaffidabili e contraddittori i governi che emanano leggi come quelle sulla droga e sulla clandestinità.

Le Aziende USL nel prendere in carico le strutture sanitarie hanno trovato solo e ovunque macerie. Del resto non poteva essere che così dal momento che negli ultimi 10 anni abbiamo dovuto registrare e subire solo e soltanto tagli ai capitoli di bilancio della Medicina penitenziaria. In Toscana sono stati chiusi molti servizi di radiologia, di ecografia, di fisiochinesiterapia compromettendo ulteriormente l'operatività dei servizi sanitari con le conseguenze inevitabili di dover inviare di continuo pazienti negli ambulatori ospedalieri attraverso il nucleo di traduzioni con difficoltà burocratiche talora insormontabili. Come se tutto ciò non bastasse ci si è messo anche il Ministero dell'Economia che ancora non ha transitato alle Regioni le

risorse già assegnate nel 2009. Si prevede che ciò avverrà nel marzo 2010. Nel mio incessante peregrinare nelle carceri toscane ho potuto toccare

con mano le difficoltà, le disfunzioni strutturali, le criticità di un sistema che non si è ancora reso permeabile alle sollecitazioni forti e de-

terminate che pervengono dalla Riforma. Gradino dopo gradino è incominciata da parte del Centro Regionale per la salute in carcere un'opera di attesa, severa ricognizione. La Riforma deve essere applicata.

Non si torna indietro anche perché indietro c'è l'abisso. Bisogna guardare avanti con fiducia. Sono i medici e gli infermieri penitenziari che devono governare il percorso della Riforma, mettendo a frutto la loro competenza e la loro esperienza specifica.

Molto semplicemente, la Medicina penitenziaria è una cosa seria. Le sono affidate vite di esseri umani nella condizione più dura e difficile. La salute in carcere è una priorità assoluta. È un diritto e non una concessione eventuale. È un diritto non comprimibile, né negoziabile. La Medicina penitenziaria non ha bisogno di riverniciature, di interventi cosmetici. Bisogna piuttosto incidere in profondità sulle strutture, sui servizi, sull'impegno professionale degli operatori.

Incominciano a delinearsi i primi risultati concreti. Una delibera della Giunta Regionale ha messo a disposizione 4.500 materassi per gli Istituti Penitenziari della Toscana unitamente ad un set di igiene orale (spazzolino da denti, dentifricio, sapone, shampoo e disinfettante) che verrà consegnato al detenuto nuovo-giunto. Definisco quanto sopra come una importante iniziativa di medicina preventiva. Il 28 dicembre su relazione del Centro Regionale per la Salute in Carcere è stata approvata una importantissima delibera che contempla fondi per 3.545.502,00 di Euro da immettere nel budget delle singole Aziende USL per far fronte alle priorità assolute in merito al potenziamento immediato di alcuni servizi essenziali (guardia medica e servizio infermieristico) e all'acquisto di apparecchi medicali tra cui soprattutto elettrocardiografi ed ecografi. Entro pochi giorni andrà alla firma dell'Assessore Regionale, del Provveditore Regionale e del Direttore del Centro di Giustizia Minorile un protocollo che renderà più agevolati i rapporti tra la Sanità e la Giustizia. Entro breve tempo verrà resa operativa la cartella clinica informatizzata. Una partita importante, però, verrà giocata sul contratto del personale sanitario. Qui ci giochiamo lo spirito e l'applicazione della Riforma.

FRANCESCO CERAUDO

*Direttore Centro Regionale
per la salute in carcere Regione Toscana*

ma. Bisogna doverosamente esprimere un vivissimo apprezzamento per i medici e gli infermieri penitenziari. Nonostante i numeri preoccupanti del sovraffollamento, nonostante le molteplici criticità e difficoltà, continuano a dare testimonianza di un forte impegno professionale. La Riforma della Medicina penitenziaria per essere credibile deve essere realizzata con i medici e con gli infermieri penitenziari. A fianco del paziente-detenuto dobbiamo mettere un medico ed un infermiere motivato seriamente da un punto di vista professionale ed economico. La medicina dei servizi è una modalità adeguata per consentire attraverso una incisiva rivisitazione dei compiti professionali dei singoli operatori una presa in carico seria della salute in carcere e su questo versante dobbiamo operare per acquisire risultati significativi anche attraverso l'utilizzazione della rete dei servizi che verrà messa a disposizione da parte delle Aziende USL competenti per territorio.

Non dunque una Medicina penitenziaria organizzata come era prima nell'attesa della domanda, sostanzialmente costruita sull'attesa, ma una Medicina penitenziaria in grado di prevenire, di saper individuare i bisogni e le criticità. In sostanza una Medicina d'iniziativa e di opportunità. I detenuti chiedono attenzione e il rispetto di elementari diritti. Dopo aver perso la libertà e la salute rischiano di perdere perfino la dignità. Ci troviamo

di fronte ad uomini ammassati alla rinfusa spesso estranei e insofferenti gli uni agli altri. È un trattamento disumano e degradante. Qualcuno molto opportunamente ha parlato di *tortura ambientale*. Noi medici penitenziari chiediamo una maggiore attenzione della Magistratura verso i detenuti seriamente malati per il riconoscimento di un beneficio di legge o per la concessione di pene alternative. Nel Consiglio dei Ministri del 13 Gennaio 2010 è stata posta l'indicazione di prefigurare gli arresti domiciliari per coloro che devono scontare una pena al di sotto di 1 anno. Prendiamo atto, ma riconosciamo quanto sopra anche a chi è seriamente malato. La Riforma della Medicina penitenziaria si carica di particolari valenze, perché non deve assicurare esclusivamente la tutela della salute in carcere, ma deve creare le premesse per un profondo, significativo cambiamento culturale e strutturale e in definitiva deve essere in grado di rendere più vivibile l'ambiente carcerario restituendo dignità ed umanità alle persone.

Di fronte al dramma carcere non basta l'indignazione a placare le inquietudini e le ansie della nostra coscienza, ma occorre agire concretamente, magari con fatica, pazienza ed umiltà per tentare di cambiare le cose. Le idee ci sono, i principi pure. La Regione Toscana intende assicurare le corenze e i fatti che sono sempre mancati.

TM

Tissue Doppler Imaging e Speckle Tracking

Nuove applicazioni ecocardiografiche per lo studio della funzione del cuore

Il Tissue Doppler Imaging (TDI) è una evoluzione della tecnica ecocardiografica che consente lo studio della funzione sistolica e diastolica del cuore utilizzando il segnale ottenuto dalla velocità di spostamento delle pareti miocardiche attraverso un'informazione di tipo Doppler.

È noto che l'informazione Doppler convenzionale (derivante cioè dal flusso ematico) presenta alta velocità e bassa intensità di segnale. Nel TDI viene invece processato un segnale proveniente dalle pareti del cuore e quindi dotato di bassa velocità ma di elevata intensità per cui l'accorgimento tecnico prevede l'esclusione dei filtri elevati che consentivano solo alle alte velocità (quelle cioè del pool sanguigno) di essere analizzate e codificate. Il limite massimo delle velocità analizzate viene così a ridursi intorno a 20 cm/sec. La metodica consen-

te quindi di ottenere informazioni sulla velocità di contrazione e rilasciamento attivo e passivo del muscolo cardiaco e grazie all'elevata risoluzione

temporale (frequenza di campionamento >200 frames al secondo) anche deformazioni miocardiche di brevissima

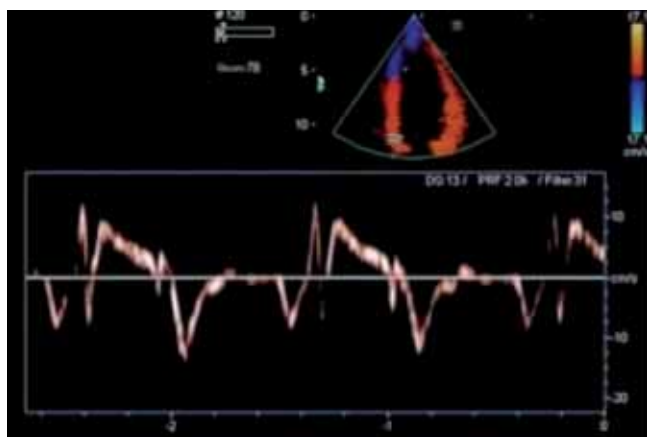
durata possono essere risolte ed analizzate.

L'applicazione clinica principale del TDI è nell'ambito della cardiopatia ischemica dove possiamo quantificare meglio la funzione miocardica regionale e fornire connotati più obiettivi e facilmente riproducibili. Si possono così individuare segnali precoci di ischemia così come indicatori di vitalità. Tutto ciò renderà sempre meno frequente il ricorso alla diagnostica invasiva e anche altre metodiche, come l'ecostress, che sono limitate dalla forte soggettività di interpretazione dei dati, potrebbero essere rivalutate con miglioramento

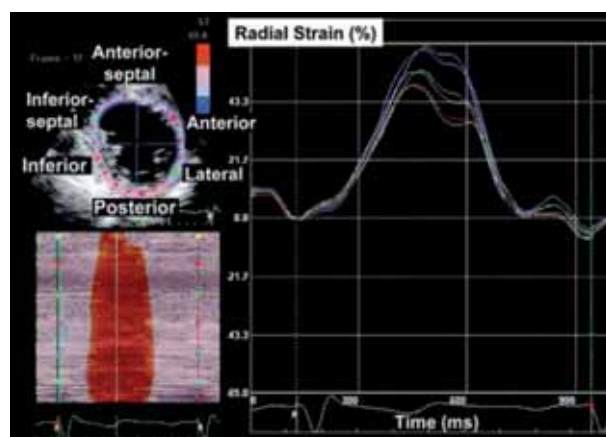
VITO TROIANI

Cardiologia

Istituto Ricerche Cliniche Prof. M. Fanfani - Firenze



TDI con Doppler Pulsato dell'anello mitralico: reperti normali



Strain radiale con speckle tracking: reperti normali

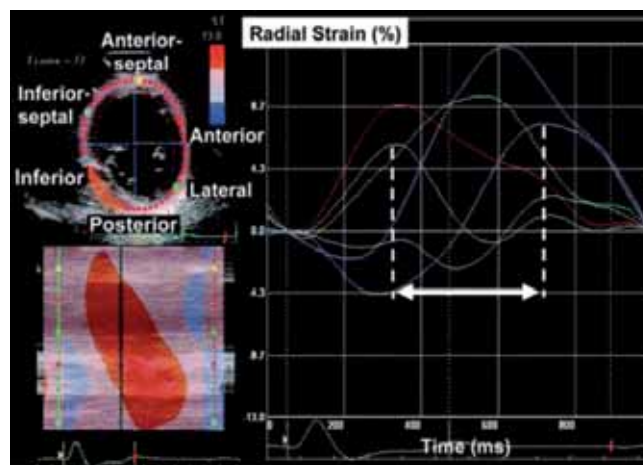
dell'affidabilità diagnostica.

Nei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica il TDI può consentire la dimostrazione di una disfunzione localizzata non solo nei segmenti ipertrofici ma anche nei segmenti non coinvolti da ipertrofia. Per quanto riguarda lo studio della funzione diastolica il TDI con campionamento dell'anello mitralico riflette il movimento longitudinale del ventricolo sinistro e di conseguenza le sue proprietà diastoliche in toto; è utile anche per slatentizzare quei quadri di pseudonormalizzazione che spesso si osservano all'esame Doppler convenzionale e soprattutto per ottenere indicazioni prognostiche in quanto ben correlabile alla pressione capillare polmonare. Inoltre la metodica è applicabile anche in particolari sottogruppi di pazienti come quelli con tachicardia o fibrillazione atriale dove notoriamente una valutazione accurata della diastole è molto difficoltosa.

Una problematica che spesso i cardiologi si trovano a dover risolvere è rappresentata dalla diagnosi differenziale, generalmente ben fattibile con il Doppler convenzionale, tra ipertrofia fisiologica e quindi benigna (cuore d'atleta) e ipertrofia patologica (come quella secondaria ad ipertensione arteriosa sistemica oppure nel quadro di una cardiomiopatia ipertrofica). Tuttavia spesso esiste una zona grigia di sovrapposizione dove il cuore d'atleta maschera in realtà un'ipertrofia patologica e quindi una cardiopatia sottostante; questo può generare confusione e portare ad errate conclusioni diagnostiche. In questi casi il TDI con campionamento della parete ipertrofica è dirimente essendo dotato di elevata sensibilità e specificità. Altre applicazioni della metodica consistono nello studio della funzione atriale (per selezionare pazienti che possono beneficiare di una cardioversione elettrica), nella diagnosi differenziale tra cardiomiopatia restrittiva e pericardite costrittiva, per la valutazione prognostica dei pazienti con scompenso (per selezionare quelli da avviare alla terapia di resincronizzazione), nella valutazione della funzione ventricolare destra e nell'ipertensione polmonare, nella valutazione di vie anomali per fare un mappaggio elettrico in previsione di un'eventuale ablazione e nel paziente con trapianto

cardiaco come indice di rigetto precoce.

Lo Speckle Tracking (ST) è un'altra metodica di imaging funzionale del cuore con le stesse applicazioni cliniche del TDI che invece di utilizzare il segnale Doppler trae informazioni direttamente dalla scala dei grigi dall'esame bidimensionale. Essa ha quindi il vantaggio di non essere dipendente dall'angolo di insonificazione e dal movimento di traslazione del cuore permettendo in tal modo lo studio di tutte le pareti miocardiche sia per quanto riguarda la funzione longitudinale e circonferenziale che quella radiale. In particolare lo ST identifica i markers acustici individuali (appunto gli speckles che sono una specie di impronta digitale della regione di interesse) e ne segue la relativa posizione immagine dopo immagine per definire il movimento del tessuto (displacement) o la sua deformazione (strain). Questo è molto importante in quanto l'analisi combinata dello strain e del displacement permette di distinguere tra movimento attivo (tessuto normale che si deforma e si sposta) e movimento passivo (tessuto cicatriziale che non si deforma ma che si sposta passivamente essendo trascinato dai segmenti adiacenti normofunzionanti). Anch'essa è una metodica non invasiva, poco operatore-dipendente, facilmente ripetibile e di basso costo. **TM**



Strain radiale con speckle tracking: è presente dissincronia intra-ventricolare sinistra

Un servizio oncologico / riabilitativo per il distretto testa-collo presso il Centro di Riabilitazione Oncologica Progetto AOU-Careggi/ISPO

Incarcani del distretto testa-collo colpiscono prevalentemente il sesso maschile nel VI-VII decennio di vita e riconoscono nel fumo di sigaretta, nell'alcool e nella cattiva igiene orale i fattori etiopatogenetici principali. Non sono neoplasie tra le più frequenti rappresentando, in Italia, nell'uomo il 4,1% di tutti i tumori e nella donna l'1,1%.

Nel 2005 in Toscana si sono registrati 668 nuovi casi di carcinomi testa-collo con il 46% di mortalità. Il carcinoma a cellule squamose rappresenta il 95% di tutti i tumori maligni del distretto; la sua diffusione è prevalentemente locale e regionale ai linfonodi del collo. La diagnosi è spesso tardiva con un ritardo medio di 6 mesi.

Queste neoplasie rappresentano un rilevante problema sanitario con impegno economico e costi sociali notevoli poiché **il 60% dei pazienti arriva alla diagnosi con una malattia già in fase avanzata il cui trattamento richiede interventi lunghi e complesse procedure di riabilitazione, alcune delle quali iniziano già al momento dell'intervento chirurgico.** Grazie all'utilizzo di nuove tecnologie in ambito chirurgico e radioterapico e alle terapie mediche si è ottenuto negli anni un miglioramento dei tassi di sopravvivenza anche con procedure meno invasive.

In Italia è stato ottenuto negli ultimi 20 anni un guadagno di sopravvivenza del 10%. **Il miglioramento della prognosi e la possibilità di lunghe sopravvivenze ha reso sempre più importante per il paziente la qualità della vita residua, protraendo però nel tempo la sorveglianza oncologica per il rischio di comparsa di nuove neoplasie (il 25% dei pa-**

zienti guariti sperimenteranno nel tempo un secondo tumore).

A partire da questo dato, **l'attenzione degli**

oncologi si sta spostando sui bisogni di cura dei pazienti sopravvissuti con l'identificazione di 4 obiettivi essenziali:

1. prevenzione delle recidive, dei nuovi tumori e degli effetti dei trattamenti;
2. sorveglianza per l'identificazione precoce delle recidive e dei nuovi tumori (incidenza del 25% nel follow-up) per trattamenti il più conservativi possibile;
3. trattamento dei disturbi fisici e psichici per migliorare la qualità della vita;
4. coordinamento di tutti gli interventi riabilitativi e terapeutici che emergono dalle visite di follow-up.

Nel distretto testa-collo alterazioni anatomico-funzionali comportano impedimenti e difficoltà anche gravi nell'espletamento delle più elementari funzioni vitali (respirazione, fonazione, deglutizione, masticazione ecc) e grosse ripercussioni nella vita di relazione e nell'equilibrio psicologico (esiti deturpanti al volto e al collo, tracheostomi a permanenza ecc).

La riabilitazione fisica, chirurgica e psicologica diventa perciò elemento fondamentale del processo di cura e viene dal paziente sempre più fortemente richiesta. Alcune volte si assiste a degenze di mesi non perché gravate da complicanze legate al trattamento, ma solo per conseguire il recupero funzionale in ambiente protetto. La lunga permanenza in ospedale spesso aggrava lo stato depressivo che ostacola e rallenta lo stesso

M.B. NINU*, M.G. MURACA**

* SOD Otorinolaringoiatria II AOU Careggi - Firenze

** Responsabile Centro Riabilitazione Oncologica ISPO Firenze

processo riabilitativo. In questi casi, con il ritorno a casa, si assiste ad un drammatico miglioramento della situazione.

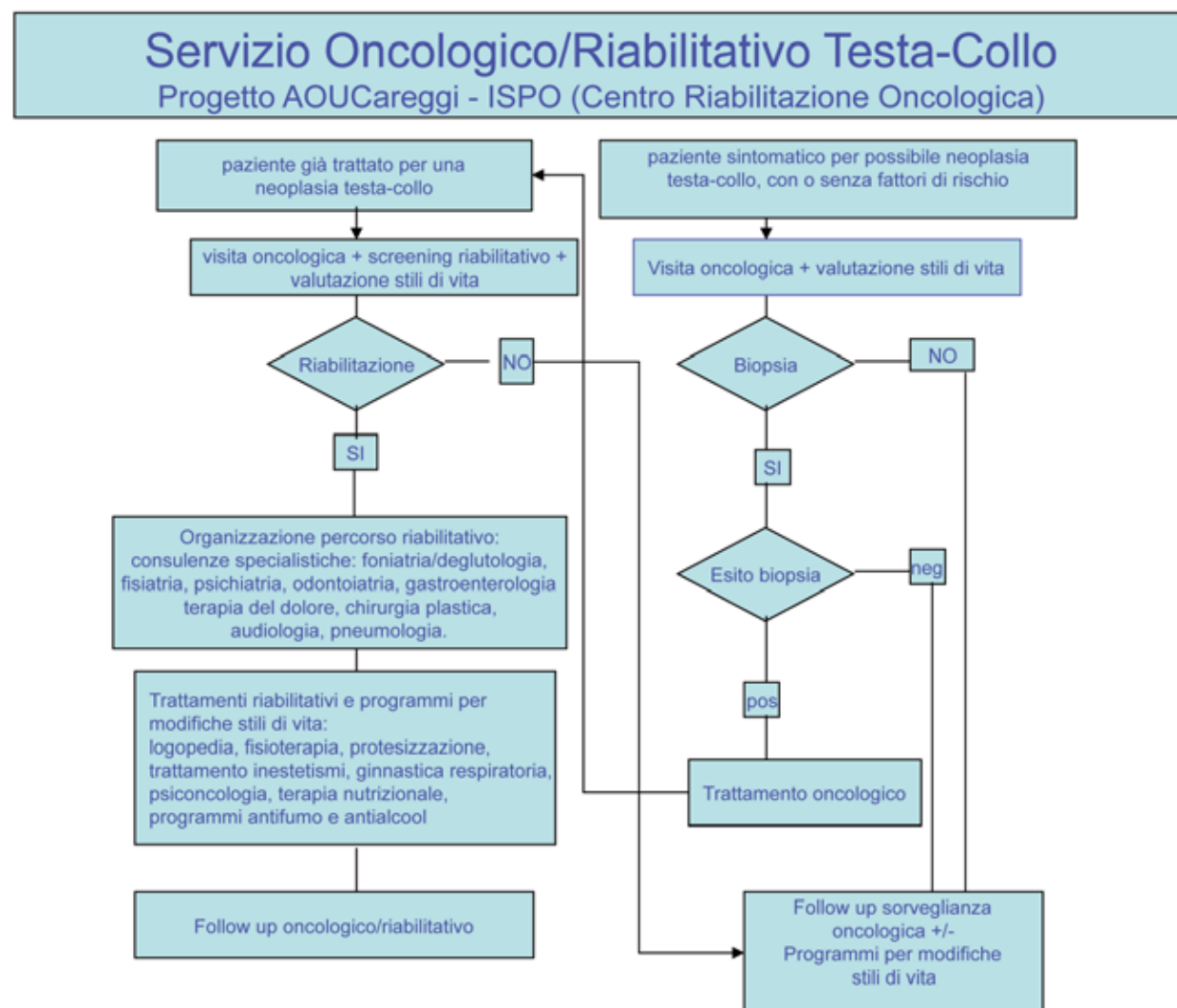
Il ricovero ospedaliero deve essere riservato alle patologie acute ed in effetti nei nostri reparti l'impegno organizzativo e di risorse umane e finanziarie è speso in modo prevalente nell'atto terapeutico in senso stretto, nel momento di cura più urgente ed immediato; **non c'è da parte dell'équipe medico-infermieristica la possibilità e il tempo di dedicarsi adeguatamente alla riabilitazione e questo comporta un'allungarsi inevitabile dei tempi di degenza.**

Anche dopo la dimissione negli ambulatori divisionali delle strutture di cura, sempre affollati, non è possibile dedicare ai pazienti in riabilitazione tutto il tempo a loro necessario: il paziente ha bisogno di tempo per spiegare le sue necessità, i dubbi, le paure e spesso ha grossi problemi di comunicazione legati proprio alla terapia effettuata. **La visita finisce per essere prevalentemente orientata alla valutazione del risultato onco-**

logico e l'aspetto riabilitativo viene affrontato spesso con consigli generici e lasciando al paziente l'onere di trovarsi da solo le soluzioni ai suoi problemi senza un vero coordinamento degli interventi da parte della struttura di cura.

Queste considerazioni ci hanno indotto a disegnare un nuovo percorso clinico-assistenziale che prevede la creazione di un servizio oncologico/riabilitativo sito al di fuori dell'Ospedale, che rappresenti la struttura intermedia tra il momento della cura e il territorio e che si faccia carico di quelle attività assistenziali su problematiche di salute "subacute o croniche", fino adesso gravanti sulle strutture ospedaliere, come suggerito dal Piano Sanitario Regionale 2008/2010 (Chronic Care Model).

Questa struttura rappresenta il momento d'avvio del progetto pilota **"Tumori testa-collo: dalla prevenzione primaria alla riabilitazione oncologica. Progetto Pilota per l'Area Vasta Centro"** che vede sinergicamente impegnate



l'AOU di Careggi, l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) e l'Istituto Tumori Toscano e che ha come obiettivo la realizzazione di un modello di intervento integrato per la riabilitazione oncologica del paziente testa-collo che sia esportabile in tutto il territorio regionale.

Il progetto nasce dall'unione delle esperienze ventennali di professionisti impegnati nella cura di questa particolare tipologia di pazienti nell'ambito dell'AOU di Careggi con quelle più orientate alla prevenzione ed alla riabilitazione oncologica dell'ISPO, in collaborazione con il determinante contributo della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (sezione fiorentina).

L'ambulatorio Oncologico/Riabilitativo Testa Collo aperto al Ce.Ri.On. di Villa delle Rose vuole integrare la valutazione della risposta ai trattamenti e la sorveglianza oncologica con quella riabilitativa misurando i risultati nel tempo tramite la valutazione della qualità di vita individuale. Gli interventi riabilitativi stabiliti e coordinati da un Team Multidisciplinare sono disegnati sullo "status" oncologico e funzionale del paziente con progetti personalizzati in relazione all'età, alle condizioni generali e psico-sociali, alla prognosi tumorale e anche alle necessità e priorità personali del paziente.

Il Ce.Ri.On. è insieme:

1) **centro di riabilitazione "globale"**: cioè funzionale e psico-oncologica. In esso medici, psicologi, fisioterapisti, infermieri, operatori sociosanitari e volontari aiutano a riarmonizzare il corpo ferito, ad eliminare le disfunzioni, per dare sollievo al paziente e ridurre il disagio sociale;

2) **centro di prevenzione** degli esiti psicofisici e sociali;

3) **centro di formazione continua**: in tal senso opera, a favore di medici ed operatori sanitari che lavorano in ambito oncologico, in collaborazione con istituzioni universitarie e di alta specialità;

4) **centro di ricerca**: soltanto attraverso la sperimentazione continua, condotta con rigoroso metodo epidemiologico-statistico, il processo riabilitativo può assicurare la migliore qualità di vita e ridurre il disagio fisico e relazionale;

5) **centro di informazione e di educazione alla salute**: operatori sanitari e volontari, appositamente formati, forniscono al paziente notizie in merito alla patologia oncologica e al suo trattamento.

Questo tipo di approccio, che si è sviluppato negli anni per le donne trattate per carcinoma mammario e che dimostra tutta la sua validità da un'affluenza di pazienti sempre in crescita, è diventato un modello per il nuovo progetto sui pazienti oncologici testa-collo.

Peculiarità assoluta del Ce.Ri.On. di ISPO è che si tratta di una struttura pubblica alla quale il volontariato e, in particolare, la sezione fiorentina della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) apporta la sua ricchezza in termini di: volontari che curano l'accoglienza, personale sanitario ed amministrativo, tecnologie, strategie di fund raising.

La collaborazione con associazioni di volontariato come quella dei laringectomizzati possono svolgere un fondamentale supporto tecnico-psicologico per i pazienti ed i loro familiari e facilitare il lavoro del riabilitatore. Programmi terapeutici per la disassuefazione all'alcool e al fumo e nutrizionali per un corretto stile di vita finalizzato alla prevenzione di altre patologie sono previsti nel percorso assistenziale.

L'ambulatorio Oncologico/Riabilitativo Testa-Collo è aperto al Ce.Ri.On. di Villa delle Rose (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, v. Cosimo il Vecchio 2, zona Careggi. Tel. 0553269771) da settembre 2009. Tutti i colleghi interessati possono inviare i loro pazienti tramite richiesta su ricettario regionale per "Visita Oncologica Testa-Collo".

Oltre agli interventi riabilitativi nei pazienti trattati si prenderanno in carico pazienti in sorveglianza oncologica per coesistenza di fattori di rischio che verranno inseriti nei programmi specifici per le modifiche degli stili di vita.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: mb.ninu@ispo.toscana.it

TM

CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito 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

Mi manda Galeno

ANTONIO PANTI

Quando riteniamo di soffrire di qualche malattia ci rivolgiamo al medico. E il medico soccorre con alle spalle una millenaria credibilità scientifica e morale, conquistata in ogni cultura umana. Il medico, come i giornalisti della RAI, è un inviato della scienza di cui gode ruolo e prestigio.

Però qualcosa non funziona più. I sociologi discutano sul declino della “dominanza medica” e molte inchieste descrivono le difficoltà della professione, il disagio di viverla e il conseguente burn out. In una recente indagine il 60% dei medici intervistati considera utile la propria professione e ne è abbastanza soddisfatto, però il 40% vorrebbe esercitare una professione diversa. L’81% dei medici è scontento per l’eccessiva burocrazia, il 49% per i sovraccarichi di lavoro e il 48% per dover operare in strutture mal gestite. I medici si pensionano sempre più precocemente, diversamente al passato.

Molte sono le cause di questo fenomeno. Interesse qui affrontare il problema da una diversa angolatura. La figura del medico ha una triplice origine. Sul ceppo sacrale del guaritore si innesta lo scienziato, consapevole che le malattie non hanno origine sovranaturale e che la medicina nasce per modificare con mezzi artificiali il decorso naturale del male. Ma il medico è anche al servizio della collettività per correggere i rischi primari.

Per esercitare questo triplice ruolo, il medico ha sempre rivendicato, anche a dispetto di qualsivoglia conflitto d’interesse, autonomia e indipendenza. Autonomia significa “che si governa da sé”; indipendenza significa la capacità di operare autonomamente e quindi di assumersi la completa responsabilità delle proprie azioni. È ancora possibile?

Il medico, uomo colto, curioso di ogni conoscenza in quanto applicabile, è sempre stato ascritto alla categoria degli intellettuali. Il Dizionario Treccani definisce intellettuale come “la persona colta, amante degli studi e del sapere, e che, in un gruppo sociale, costituisce, per preparazione culturale, ingegno e sapere, la mente direttiva e organizzativa”. Questa funzione, da sempre esercitata nei confronti del paziente, si è estesa alle

politiche sanitarie e alla tutela della salute pubblica. Ma il medico può svolgere ancora un ruolo siffatto?

Il diritto all’indipendenza nell’esclusivo interesse del paziente, l’antica scienza e coscienza, si scontra oggi con l’autonomia del cittadino che stenta a trovare un’alleanza fondata sulla negoziazione. Il medico inoltre è costretto a mediare tra “diritto” individuale alla salute e interesse della comunità. L’appropriatezza e l’uso razionale delle risorse sono obiettivi difficili a perseguire in una sanità ove trionfa la tecnologia più sofisticata, dai costi sempre incrementali. Il medico, nato per la relazione col singolo, si trova immerso in un’impresa complessa e costosa, la sanità, che contribuisce, con l’innovazione tecnologica, allo sviluppo economico globale; il senso della medicina cambia.

Stiamo trattando aspetti della medicina talmente innovativi e recenti che non è facile comprenderli. Quasi esaltati dalla tecnica che spinge continuamente avanti i limiti dell’agire medico, tra successi e fallimenti dei successi, non ci soffermiamo su concetti spesso importati, il risk management, la clinical governance, l’HTA e altri.

I medici sono sconcertati e vedono come un “tradimento dei chierici”, una sorta di asservimento al potere, la partecipazione alla gestione della sanità, mentre il Codice Deontologico li impegna a operare per eliminare le discriminazioni e a garantire a tutti le stesse prestazioni.

L’indipendenza potrà mantenersi soltanto se il medico saprà svolgere un ruolo intellettuale, di indirizzo culturale e etico alla medicina e ai servizi alla salute. In un recente articolo Aldo Pagni poneva alcune domande. Come rivisitare il significato originario di autonomia quando il diritto alla tutela della salute di ognuno si scontra con l’onere economico collettivo? Il rapporto tra medico e paziente si svolge ancora in solitudine oppure, pur difendendolo dalle intrusioni del diritto, dobbiamo ammettere la molteplicità degli interessi in gioco? E per soddisfare il nostro legittimo desiderio di professionalità ed evitare il burn out, quale può essere il giusto equilibrio tra indipendenza e responsabilità?

TM

Percorso diagnostico-terapeutico del paziente iperteso nell'ambito del Chronic Care Model

Pubblichiamo in questa sede il terzo percorso assistenziale deliberato dal Consiglio Sanitario Regionale nel 2009. Quello sull'ipertensione fa seguito allo scompenso di cuore (pubblicato sul n. 8/09) e al diabete (pubblicato su Toscana Medica nel n. 9/09).

Premessa

La maggior parte dei pazienti cronici sono in realtà affetti da più patologie la cui interazione produce condizioni cliniche complesse, dinamiche, soprattutto nelle situazioni cliniche più avanzate. Il modello descritto, orientato alla singola malattia, deve essere pertanto integrato, nel singolo caso, in modo da realizzare un percorso di cura indirizzato alla persona nella sua costellazione di comorbidità.

Nell'organizzazione di un sistema proattivo di controllo dell'ipertensione arteriosa nella popolazione assistita bisogna considerare che:

- La prevalenza, anche utilizzando i dati più "prudenti", è molto elevata e, negli anni 2003-2007, mostra un trend crescente che varia dal 18,4% al 22,0% del 2007 (dati provenienti dal database della Medicina Generale Italiana, V Report Health Search, 2008).

- La prevalenza raggiunge picchi di quasi il 65% nelle classi di età più avanzate (dati ILSA, ultra65enni della Regione Toscana per l'anno 2006), che avrebbero i maggiori vantaggi da un trattamento adeguato, ma anche maggiori rischi e maggiori difficoltà a proseguire la terapia nel tempo in considerazione della frequenza di pluripatologie e delle terapie farmacologiche molto complesse alle quali sono sottoposti.

- È ancora notevole il numero di individui ipertesi non diagnosticati.

- Un adeguato controllo pressorio deve essere supportato da una terapia continua e regolare, ma

molti studi hanno evidenziato invece un numero elevato di soggetti sotto-trattati ed una bassa aderenza (*persistenza*) al trattamento. La ridotta *compliance* esercita una duplice influenza sui costi sanitari, sia come conseguenza della spesa di una prescrizione non utile che di una mancata efficacia del trattamento con conseguente aumento del numero di eventi cardiovascolari.

- Accanto ai numerosi casi sottodiagnosticati e sottotrattati, esiste un numero notevole di individui trattati in modo "eccessivo", ridondante e che si discostano quindi ampiamente dai criteri di appropriatezza sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico (numero e qualità di esami e visite effettuate, accessi ai servizi di secondo livello senza indicazione, uso di farmaci più recenti e più costosi senza indicazione, automonitoraggio della PA con frequenti accessi ai PS per "crisi ipertensive", ecc).

I numeri in gioco sono così elevati che, se si vuole che il percorso sia sostenibile e quindi realizzabile, deve essere molto "snello".

Destinatari e obiettivi dell'assistenza

Il progetto si rivolge a **soggetti a rischio di sviluppare ipertensione arteriosa, a pazienti con diagnosi iniziale di ipertensione arteriosa, a pazienti ipertesi già diagnosticati ed in trattamento con o senza danno d'organo.**

Le modalità organizzative vengono impostate dal medico di medicina generale sulla base del consenso dell'assistito e si articolano diversamente in funzione del sospetto diagnostico di ipertensione secondaria o di presenza o assenza di danno

d'organo. Per ognuno dei pazienti, al momento dell'inserimento nel "percorso" si programma un piano assistenziale, che prevede l'inizio di un monitoraggio a cadenza prefissata effettuato da personale infermieristico.

Il modello assistenziale si pone i seguenti obiettivi:

- Evitare o ritardare la comparsa delle complicanze d'organo dell'ipertensione arteriosa.
- Ridurre le complicanze cardiovascolari e la mortalità nella popolazione assistita.
- Migliorare la qualità di vita.
- Migliorare la soddisfazione per l'assistenza.
- Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura.
- Ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera.
- Migliorare l'appropriatezza degli interventi, intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica ma anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente.
- Verifica dell'aderenza del paziente alla prescrizione terapeutica farmacologica e allo stile di vita.
- Controllare efficacia, tollerabilità ed effetti collaterali del programma terapeutico.
- Prevenire le cause di instabilizzazione al fine di ridurre il ricorso a cure di 2° e 3° livello.

Attori

- Medico di Medicina Generale (MMG).
- Infermiere (I).
- Specialista (S): Cardiologo, Neurologo, Endocrinologo.
- Medico di Sanità Pubblica (MSP).

Strumenti dell'assistenza:

☐ **registro dei pazienti ipertesi** seguiti dall'ambulatorio di MG;

☐ **protocollo di gestione, realizzato sulla base di percorsi diagnostico- terapeutici locali, con definizione dei compiti delle varie figure professionali;**

☐ **scheda di follow-up** compilata ad ogni visita dall'infermiere, integrata nella cartella clinica computerizzata del MMG;

☐ **modulo di consenso** alla partecipazione al progetto;

☐ **registro dei pazienti in follow up infermieristico, con relativo scadenziario degli incontri;**

☐ **materiale informativo** per pazienti e familiari;

☐ **questionari di valutazione della Qualità della Vita e di soddisfazione dell'utente.**

SCHEDA di INQUADRAMENTO e di FOLLOW UP del PAZIENTE IPERTESO

A - Elementi da raccogliere all'anamnesi essenziali per la valutazione del rischio cardiovascolare globale del paziente e per la scelta di una terapia antipertensiva:

1. Durata dell'ipertensione, valori pressori rilevati in precedenza, terapia antipertensiva precedente (tipo di farmaco/i, se era efficace e se ha dato effetti indesiderati)
2. Valutazione della presenza di fattori di rischio: l'ipertensione arteriosa deve essere considerata come un elemento di fondamentale importanza di un rischio cardiovascolare globale. Quindi lo stesso valore di pressione arteriosa comporta un rischio globale diverso in pazienti con caratteristiche cliniche e spettro di rischio cardiometabolico diverso tra loro. Per il calcolo del rischio cardiovascolare non bastano però solo i cofattori di rischio eventualmente presenti, ma bisogna tener conto della presenza di eventuali danni d'organo subclinici (ricercabili con vari esami strumentali e di laboratorio) o di condizioni patologiche associate già clinicamente manifeste. Questi infatti aumentano il rischio cardiovascolare molto di più di un singolo fattore di rischio perché sono segno evidente di alterazioni patologiche che i fattori di rischio hanno indotto sugli organi bersaglio.
3. Comorbidità: storia clinica di cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, malattia cerebrovascolare o vascolare periferica, malattia renale, diabete mellito, gotta, dislipidemie, asma e malattie broncostruttive, apnee notturne e russamento.
4. Individuazione dei sintomi indicativi di danno d'organo (SNC, Cuore, Rene, Arterie periferiche).
5. Valutazione di fattori individuali (personalità), psicosociali ed ambientali (come l'ambiente di lavoro), della situazione familiare e del substrato culturale del paziente; tali fattori possono influenzare il decorso ed il risultato della terapia antipertensiva.
6. La valutazione dei punti precedenti si basa in gran parte sull'esame clinico e, soprattutto, sul colloquio col paziente. Tuttavia alcu-

GESTIONE PROGRAMMATA DEL PAZIENTE IPERTESO MEDIANTE AMBULATORIO ORIENTATO					
Tipologia pazienti	Azioni	Attori principali*	Note	Azioni preventive o terapeutiche	Indicatori
Soggetto sano	Identificazione soggetti a rischio di sviluppare ipertensione mediante misurazione P.A. in ambulatorio.	I	- Familiarità per ipertensione arteriosa? - Età > 45aa?	- Rinforzare periodicamente elementi di educazione alla salute. - Stile di vita (alimentazione, attività fisica, cessazione fumo).	Percentuale di assistiti > 45aa? con una registrazione della PA negli ultimi 12 mesi.
Soggetto con rischio cardiovascolare aumentato	- Identificazione soggetti - Eventuale trasferimento in altro registro patologia o classe di rischio	MMG I	Fattori predisponenti: - Diabete - Fumo - Obesità - Dislipidemie - Iperuricemia - Aumento rischio CV secondo carte rischio > - BPCO S. apnee notturne ...	- Educare all'automisurazione (I) - Misurazione BMI e circonferenza addominale (I) - Identificazione % rischio CV (I) - Rinforzare periodicamente attraverso il counselling elementi di educazione alla salute (MMG,I)	- Prevalenza della diagnosi di ipertensione arteriosa - Percentuale di assistiti con almeno una valutazione del rischio CV secondo l'algoritmo del Progetto Cuore - ISS - Paziente con diagnosi iniziale di ipertensione
Paziente con diagnosi iniziale di ipertensione	- Identificazione soggetti con ipertensione secondaria - Identificazione della presenza di danno d'organo - Pianificazione intervento educativo-terapeutico - Pianificazione del follow up	MMG I	- Valutazione di sintomi e condizioni suggestive di ipertensione secondaria - Valutazione di fattori individuali psicosociali ed ambientali - Individuazione presenza di danno d'organo - Individuazioni di malattie e condizioni cliniche concomitanti	- Monitorare i valori di PA per confermare la diagnosi - Rinforzare periodicamente attraverso il counselling elementi di educazione alla salute (MMG, I)	- Prevalenza della diagnosi di ipertensione arteriosa - Percentuale di assistiti con una registrazione della pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi
Paziente iperteso	- Stratificazione del rischio - Identificazione della presenza di danno d'organo - Pianificazione intervento educativo-terapeutico - Pianificazione del follow up	MMG I S	- Controllo ambulatorio orientato secondo piano assistenziale programmato (vedi scheda follow-up) - prescrizione esami ematochimici e strumentali - invio ad ambulatori specialistici nei casi concordati	Impostazione terapia farmacologica personalizzata secondo linee guida	% soggetti a target % di assistiti con ipertensione arteriosa con almeno una registrazione dell'ECG nei 12 mesi precedenti
Paziente iperteso con danno d'organo, con ipertensione secondaria o comunque complicato	- Identificazione e pianificazione del percorso diagnostico-terapeutico - Follow up condiviso Specialista - Cure Primarie	S MMG I	Esecuzione di test diagnostici di secondo livello		- Riduzione episodi di morbilità cardiovascolare che hanno richiesto la visita domiciliare del MMG - Riduzione ricoveri per complicanze IA
Pazienti con crisi ipertensiva	- Discriminare fra emergenza e urgenza ipertensiva. - Fornire appropriato intervento terapeutico	MMG I S DEA		- Valutazione presenza segni o sintomi di danno d'organo - Invio al PS in caso di emergenza ipertensiva - Rassicurazione e riduzione valori pressori con gradualità privilegiando la terapia orale per non causare ipoperfusione	Riduzione accessi in PS/DEA

ni accertamenti diagnostici di laboratorio e strumentali possono essere utili al fine di un corretto inquadramento del caso ESC/ESH Guidelines 2007):

- emoglobina ed ematocrito;
- glicemia a digiuno;
- colesterolo totale, LDL e HDL;
- trigliceridi;
- potassiemia;
- uricemia;
- creatininemia (con calcolo della clearance della creatinina mediante formula di Cockcroft-Gault o MDRD);
- esame delle urine;
- microalbuminuria (?);
- ECG.

7. Valutazione di sintomi e condizioni suggestive di ipertensione secondaria, oltre alla presenza di alterazioni nei test di routine:

- Esordio in un soggetto giovane (al di sotto dei 30 anni), inizio improvviso, rapido aggravamento (talvolta come ipertensione maligna o accelerata (>180/110 mmHg con edema della papilla o emorragie retiniche), scarsa o assente risposta al trattamento.
- Storia di sintomi e segni suggestivi di ipertensione secondaria (ipertiroidismo, iperaldosteronismo, feocromocitoma, Cushing, Insufficienza renale da rene policistico, malattia parenchimale renale, uso o abuso di farmaci o sostanze che possono aumentare la pressione arteriosa (FANS, Steroidi, Alcool, Amfetamine, Anestetici, Caffèina, Cocaina, Ciclosporina, Eritropoietina, Liquirizia, IMAO, Contraccettivi orali, Decongestionanti nasali o broncodilatatori, Cessazione improvvisa di terapia con β bloccanti o clonidina).

8. Condizioni sia fisiologiche che patologiche che possono interferire con il trattamento o potenziare l'ipertensione (ansia, attacchi di panico, dolore, gravidanza, fumo, "sleep apnea", l'obesità sono condizioni spesso coesistenti con l'ipertensione). È importante riconoscere la presenza di tali condizioni in quanto il loro trattamento può migliorare il controllo dell'ipertensione.

In sintesi:

1. di fronte ad una IA di nuova diagnosi bisognerà sempre confermarla con più misure in diversi giorni ed escludere una reazione d'allarme;
2. una volta confermata andrà stadiata (normale/alta, grado 1, grado 2 o grado 3 o IA sistolica isolata, sempre grado 1, 2 o 3);
3. andranno escluse cause di IA secondaria;
4. andranno ricercate eventuali condizioni cliniche associate;
5. andrà calcolato il rischio CV globale;
6. solo a questo punto, calcolato il rischio bisognerà decidere la terapia farmacologica e il livello di pressione che si vuole raggiungere con la terapia in accordo con il paziente;
7. nella scelta del farmaco andranno tenuti in considerazione tutti i punti sopra riportati e le indicazioni cliniche e laboratoristiche grazie alle quali sarà possibile ritagliare la miglior terapia per il controllo dell'IA e per ridurre il rischio cardiovascolare.

B - *Follow up degli ipertesi noti*

Il follow-up del paziente iperteso richiede la disponibilità di personale infermieristico formato alle problematiche clinico-assistenziali specifiche (l'infermiere del team come "facilitatore"):

- Rinforzare periodicamente elementi di educazione alla salute.
- Promuovere un corretto stile di vita (alimentazione, attività fisica, cessazione fumo).
- Ribadire "il perché" del trattamento farmacologico.
- Fornire informazioni semplici e chiare scritte in merito al trattamento.
- Controllare la assunzione dei farmaci.
- Valorizzare gli sforzi fatti per aderire alla prescrizione.
- Controllare periodicamente in ambulatorio e a domicilio la PA, peso, ecc.
- Riagganciare chi "non si presenta".

La frequenza dei controlli dipende dal profilo di rischio del paziente. Un paziente con basso rischio o con ipertensione di basso grado ben controllata può essere visto ogni 6 mesi. L'intervallo può essere allungato se il paziente viene messo in grado di eseguire un buon autocontrollo, con l'aiuto e la supervisione dell'infermiere.

Anche la frequenza dei controlli dei fattori di rischio e del danno d'organo dipende dal livello

di rischio e dal controllo della PA. In ogni caso parametri come l'ipertrofia VS e lo spessore della parete carotidea hanno una evoluzione molto lenta ed è opportuno che vengano controllati con intervalli non inferiori ad un anno.

C - Valutazione e trattamento delle cosiddette "crisi ipertensive"

Molto frequentemente si verifica l'invio al medico e, spesso, direttamente al Pronto Soccorso ospedaliero di pazienti ai quali è stato rilevato un valore pressorio elevato: si tratta spesso di pazienti che, in presenza dei sintomi più vari, ricorrono all'automisurazione della PA o ai quali la PA viene misurata da amici o conoscenti o in Farmacia oppure che presentano epistassi o emorragie congiuntivali o altri sintomi che vengono spesso ritenuti correlati ad una crisi ipertensiva.

In realtà la vera emergenza ipertensiva è caratterizzata dalla presenza di segni e/o sintomi di danno d'organo accompagnati ad un marcato aumento dei valori pressori. I sintomi da ricercare sono la cefalea, la confusione mentale, i disturbi visivi, la dispnea, la tachipnea, le aritmie, il dolore toracico, i disturbi neurologici focali. Dal punto di vista terapeutico l'emergenza ipertensiva richiede una pronta riduzione dei valori pressori, che può essere ottenuta in sicurezza solo in ambiente ospedaliero.

Una PA elevata senza sintomi e segni di danno d'organo deve invece essere trattata senza precipitare le decisioni:

- ricontrollare la PA dopo 30/60 minuti facendo stare il paziente in ambiente tranquillo, attenendosi alle norme di una corretta misurazione della PA;
- valutare l'opportunità di somministrare un blando ansiolitico.

Se i valori pressori rimangono elevati e non compaiono sintomi o segni che impongono un ricovero ospedaliero è opportuno ridurre i valori pressori gradualmente (in genere entro 24/48 ore), in genere usando farmaci per via orale. Non è indicata una completa e rapida normalizzazione della PA, perché i pazienti con valori pressori cronicamente elevati rischiano una ipoperfusione miocardica e cerebrale.

Monitoraggio dell'assistenza

Per ogni fase del percorso gestionale è prevista l'adozione di specifici indicatori e relativi standard per processi di audit clinico e miglioramento della qualità assistenziale. La definizione degli standard deve essere flessibile, in funzione dell'età del paziente, delle comorbidità e della situazione socio-sanitaria.

INDICATORI DELL'ASSISTENZA		
STRUTTURA	PROCESSO	ESITO
• infermieri formati ad hoc • formazione permanente obbligatoria • PDT condivisi aggiornati con cadenza mensile • strumenti di valutazione performance • materiale educativo/informativo • prevalenza della diagnosi di ipertensione arteriosa % di assistiti (di età > 45 anni?) con almeno una registrazione della PA negli ultimi 12 mesi	• % di pazienti ipertesi con almeno una registrazione della PA negli ultimi 6 mesi • % di pazienti che hanno avuto un consumo di farmaci correlato al periodo di trattamento (compliant) – TARGET > 70% • % di pazienti sottoposti a follow-up completo – TARGET > 70% • % pazienti che tornano al primo controllo – TARGET > 80% • % pazienti per i quali è documentata la consegna di istruzioni scritte o materiale educativo – TARGET > 90% • % di pazienti con almeno una determinazione del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi • % di ipertesi con almeno una valutazione del rischio CV secondo l'algoritmo ISS • % di ipertesi con monitoraggio della creatininemia negli ultimi 12 mesi • % di ipertesi con almeno una registrazione dell'ECG negli ultimi 12 mesi	• % pazienti con buon controllo della PA – TARGET > 60%? • Riduzione accessi in PS/DEA • Riduzione episodi di morbidità cardiovascolare che hanno richiesto la visita domiciliare del MMG • Riduzione ricoveri per complicanze IA • Miglioramento qualità di vita e soddisfazione del malato.

Consiglio Sanitario Regionale

Gestione della analgesia nel trauma

PRIMA FASE INTRAOSPEDALIERA

DIMENSIONE DEL PROBLEMA

Una vasta letteratura testimonia che il trattamento insufficiente del dolore è un fenomeno ancora troppo diffuso nella gestione delle prime fasi del trauma; sia in fase extra che intra ospedaliera.

Le responsabilità risalgono a carenze culturali, professionali ed organizzative.

Nello specifico:

- scarsa sensibilità riguardo la sofferenza del paziente;
- ignoranza e timori nell'uso appropriato dei farmaci (insufficiente conoscenza di: indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali, complicazioni, sinergismi);
- carenza di linee guida e procedure dedicate;
- insufficiente organizzazione e collaborazione interdisciplinare;
- mancata applicazione sistematica della misurazione del dolore (VAS);

STEPS PER UNA CORRETTA ANALGESIA APPLICATA AL TRAUMA ED ALLE PRIME MANOVRE CORRELATE

- 1) Valutazione primaria del paziente traumatizzato (ABCDE).
- 2) Diagnosi delle cause e delle caratteristiche del dolore.
- 3) Misurazione del dolore (VAS).
- 4) Elaborazione di una strategia antalgica a misura del singolo paziente.
- 5) Rivalutazioni seriate della dimensione del dolore e delle condizioni cliniche.

Concetti base:

- Non esistono controindicazioni assolute ad una corretta analgesia.
- L'obiettivo deve essere il migliore equilibrio **Efficacia/Sicurezza**.
- Tutte le risorse disponibili devono essere ben conosciute ed utilizzate al meglio.

Step 1) Valutazione Primaria (A.B.C.D.E.) del paziente traumatizzato

A) Valutare la pervietà delle vie aeree; porre particolare attenzione ad una possibile lesione

del rachide cervicale, e quindi alla sua gestione e protezione.

B) Valutare se la Ventilazione polmonare è presente ed efficace; ed eventualmente instaurare subito l'ossigeno-terapia e/o una adeguata assistenza ventilatoria.

C) Valutare la volemia, la gittata cardiaca e la pressione arteriosa.

D) Valutare lo stato di coscienza ed eventuali lesioni nervose periferiche.

E) Svestire il paziente per una completa valutazione e subito dopo provvedere alla sua protezione termica e/o riscaldamento attivo.

Step 2) Diagnosi delle cause e delle caratteristiche del dolore

Un accurato esame obiettivo e la raccolta di una adeguata anamnesi, ci permettono di identificare la causa del dolore, le sue caratteristiche, le localizzazioni, la variabilità posturale o al movimento, l'oscillazione nel tempo. È mandatorio prevedere successive manovre algogene.

Step 3) Misurazione del dolore

È il cardine e punto di partenza per una efficace e sicura terapia antalgica rendere il dolore visibile e quantificabile; in seguito, è utile per valutare il risultato della terapia instaurata (ed eventuali effetti collaterali). La misurazione (e la contestuale registrazione), si effettua, di solito, tramite autovalutazione da parte del paziente, che deve correlare l'intensità del dolore ad una scala analogica o numerica: V.A.S. (Scala Visuale Analogica), oppure N.R.S. (Numeric Rating Scale).

Nella pratica clinica le due Scale possono essere integrate con l'uso di un semplice strumento, che corrisponde ad un regolo di facile uso e comprensione.

È necessario gestire la capacità di comprensione dei pazienti: bambini, anziani, stranieri, non collaboranti, con alterazioni della coscienza.

Utile la stesura di **procedure interdisciplinari ed aziendali** per la rilevazione e la cura del dolore.

Step 4) Elaborazione di una strategia antalgica modulata sul singolo paziente

È indispensabile prevedere, e prevenire, il dolore correlato a manovre diagnostiche, di messa in trazione e/o di riduzione delle fratture, di riduzione delle lussazioni, ed al confezionamento di apparecchi di immobilizzazione.

La base della modulazione sul paziente deve essere una conoscenza della sua situazione clinica e delle risorse disponibili (Tempo, Conoscenze ed Abilità di tutto il personale medico ed infermieristico coinvolto, Presidi tecnici, Disponibilità di farmaci, Disponibilità della assistenza di un anestesista).

Importante è anche precisare lo stato di digiuno del traumatizzato.

Sono riconosciuti come efficaci adiuvanti alla analgesia:

- adeguata relazione d'aiuto, cioè informazione, comunicazione, e assistenza;
- riscaldamento e normotermia;
- immobilizzazione precoce delle fratture dolenti.

L'Analgesia ideale ed adeguata quindi deve essere:

- tailored (confezionata su misura per ogni paziente);
- sicura e senza gravi effetti collaterali;
- efficace, valida e sperimentata;
- adeguata alle risorse;
- sempre applicabile e facile da gestire;
- compliant e tollerata dal paziente;
- possibilmente economica.

FARMACI E TECNICHE

Anestetici locali

Quando è possibile ed indicato, sono da considerare la prima opzione, date le loro caratteristiche di massima efficacia abbinata ad una ottima sicurezza (rispettando le dosi pro kilo).

Utile un confronto-training con gli anestesisti dedicati, per meglio definire la scelta del tipo di anestetico più idoneo per le specifiche procedure, del suo dosaggio, delle possibili applicazioni, della necessità dell'assistenza e/o dell'intervento dello stesso anestesista nei casi più complessi.

Per esempio, il posizionamento di un filo di trazione, può essere gestito dal solo ortopedico, con una anestesia per infiltrazione che interessi anche il periostio.

Un grave trauma della mano, invece, necessita del posizionamento di un catetere continuo sul plesso brachiale da parte dell'anestesista.

Si possono (e si dovrebbero) **protocollare** le procedure operative più idonee per ogni caso, e soprattutto correlate alle singole realtà.

Morfina ed oppioidi

In presenza o previsione di dolore severo (VAS 7-10), se la Anestesia Loco Regionale non è ap-

plicabile, la **Morfina** è il farmaco parenterale di prima scelta.

Le sue caratteristiche la rendono sicura ed efficace, nel rispetto di indicazioni, modalità d'uso, controindicazioni, cautele, effetti collaterali, complicazioni; inoltre, in caso di sovradosaggio, è anche disponibile l'antidoto specifico.

Indicazioni: Dolore severo acuto

Modalità d'uso: Si diluisce una fiala da 10 mg in 10 ml di sf, e si somministrano boli subentranti ogni 5-10 minuti, di 2-3 mg (a seconda dell'età e della clinica), fino ad ottenere la attenuazione del dolore (VAS<4), oppure, in alternativa, fino alla comparsa degli effetti collaterali immediati, cioè sedazione profonda, depressione respiratoria, ipotensione: in questo caso si sospende e si associa un Fans oppure si applicano tecniche alternative.

L'efficacia clinica dura circa sei ore; è consigliabile continuare poi con infusione continua adeguata.

Il dosaggio teorico totale/die non è correlato al peso corporeo, ma alla età: $mg = 100 - \text{l'età in anni}$ (escluse le età estreme); comunque la sensibilità individuale varia, ed è determinata geneticamente.

Controindicazioni assolute: non esistono!

Controindicazioni relative (cautela ed aggiustamento del dosaggio): Insufficienza respiratoria; Anziani; Neonati; Trauma cranico; Ipovolemia.

Effetti Collaterali: Sedazione, nausea, vomito, disforia, prurito, ritenzione urinaria.

Complicazioni: Depressione respiratoria e cardiaca, vasodilatazione.

Sia l'efficacia che gli effetti collaterali sono **dose dipendenti**.

L'uso degli altri oppioidi è affidato all'esperienza e alla scelta dell'operatore, tenendo presente il Tramadolo (Contramal, Fortradol...) quale oppioide minore e l'Ossicodone quale oppioide per os.

Paracetamolo

Non è antinfiammatorio, è indicato solo per il dolore lieve, ma produce un ottimo sinergismo in associazione agli oppioidi ed ai Fans; dosaggio 15 mg/kg per max. 4/die.

Effetto clinico antalgico per circa quattro-sei ore.

Controindicazione assoluta: epatopatie, alcolisti.

F.A.N.S.

Indicati nel dolore lieve e moderato, sono limitati dall'"effetto tetto": la massima efficacia non può essere ulteriormente migliorata aumentando le dosi. Effetto clinico 6-24 ore.

Sono gravati da importanti effetti collaterali

(utile attenta anamnesi): emorragie gastrointestinali, tossicità epatica e renale, asma, **inibizione della aggregazione piastrinica**.

Quest'ultima, soprattutto nel contesto specifico, impone di considerare come controindicazioni la presenza di un focolaio emorragico (fratture gravi!) e/o l'indicazione e la possibilità di un precoce intervento chirurgico.

Sedativi e narcotici

Indicati in alcune manovre diagnostiche e terapeutiche.

Valutare l'eventuale necessità della collaborazione o dell'assistenza di un anestesista.

Terapia multinodale e sinergismi

Una terapia antalgica **polifarmacologica e multimodale** permette di ottenere un ottimo risultato clinico; contestualmente si può diminuire il dosaggio di ogni singolo farmaco, abbattendone così anche gli specifici effetti collaterali.

Inoltre la conoscenza approfondita dei meccanismi d'azione dei vari principi farmacologici ci permette di sfruttarne le sinergie d'azione per una migliore efficacia clinica.

Step 5) Rivalutazioni seriate della dimensione del dolore e delle condizioni cliniche

È necessario programmare, ed eseguire, delle successive valutazioni seriate allo scopo di raggiungere tre obiettivi di efficacia e sicurezza:

- verificare la bontà della terapia antalgica, anche per eventuali correzioni: goal il VAS (NRS) < 4;
- monitorare eventuali effetti collaterali e complicazioni della stessa terapia instaurata;
- monitorare comunque le variazioni dei parametri vitali, correlate anche al trauma.

POSSIBILI SCELTE ANTALGICHE RIFERITE A PROCEDURE D'URGENZA

L'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Salute) ha da tempo precisato che le modalità di somministrazione e la potenza dei farmaci prescelti devono essere commisurati alla intensità del dolore misurato o previsto, proponendo una **Scala Analgesica** in tre livelli:

1° livello; dolore lieve-moderato (VAS 1-3) → Paracetamolo e/o Fans.

2° livello; dolore moderato-intenso (VAS 4-6) → Oppioidi deboli e/o Fans e Paracetamolo.

3° livello; dolore severo (VAS 7-10) → Oppioidi forti e Fans.

In tutti i casi è fortemente consigliato, se ap-

plicabile, l'uso di tecniche di Anestesia Loco Regionale.

A) Analgesia nel trauma, in assenza di ulteriori manovre

– L'ortopedico deve proseguire la terapia iniziata dal medico dell'urgenza e verificarne l'efficacia

B) Posizionamento di fili di trazione

Assolutamente indicata un'Anestesia Locale per infiltrazione di cute, sottocute e periostio con particolare attenzione al foro di entrata e di uscita; si raccomanda di rispettare i tempi di onset dell'anestetico locale.

C) Riduzione di fratture

L'ortopedico valuta la necessità o meno di coinvolgere l'anestesista per una Sedoanalgesia.

D) Confezionamento di apparecchi di immobilizzazione

È importante prevedere l'intensità del dolore correlato e considerare la possibilità di chiamare l'anestesista per una Sedoanalgesia.

E) Riduzione di lussazioni articolari

Questo tipo di manovre sono caratterizzate da una ampia variabilità di dolore correlato, dipendendo dalla sede, dalla abitudine della lussazione, dalla compliance del paziente e dalla abilità ed esperienza del terapeuta.

Salvo casi particolari e con il consenso del paziente è consigliato un blocco e/o una sedoanalgesia, l'ortopedico valuta se richiedere la collaborazione dell'anestesista.

Per la gestione del paziente pediatrico vanno utilizzate manovre di distrazione, sedazione e analgesia; il farmaco di I scelta per la sedazione è il Midazolam per os.

F) Gestione dei gravi traumi periferici degli arti

Le più gravi lesioni traumatiche da schiacciamento, amputazione, frattura, etc., possono presentare un complesso coinvolgimento di danno osseo, muscolo tendineo, vascolare e nervoso.

Quindi si impongono una serie di manovre subentranti nel tempo gravate da dolore severo.

È utile promuovere l'utilizzo di tecniche di Anestesia Loco Regionale Periferica Continua: queste permetteranno, con la massima efficienza analgesica, di effettuare manovre diagnostiche, revisioni, interventi chirurgici, analgesia post operatoria, successive medicazioni, mobilizzazione e fisioterapia.

Il trattamento del dolore nel paziente oncologico

Il Re è nudo?

La lotta al dolore ed alla sofferenza dei pazienti affetti da malattia neoplastica ci accomuna giornalmente come medici specialisti e generalisti. Spesso la nostra azione è clinicamente efficace e riesce a dare sollievo ai pazienti, altre volte la realtà frustrante è quella di non riuscire a controllare adeguatamente il dolore.

Questi fallimenti ci devono spingere a valutare costantemente la nostra azione, migliorare e perfezionare le nostre conoscenze; nello specifico le basi di quanto facciamo sono per buona parte rappresentate dalle Guidelines della World Health Organization (WHO) sul trattamento del dolore nel paziente oncologico. La pubblicazione nel 1986 di queste linee guida e della scala analgesica nacque dalla evidenza di come poco fosse trattato il dolore causato dal cancro sia nei paesi in via di sviluppo che in quelli avanzati. Nel 1996, dieci anni dopo, la WHO pubblicò una seconda versione della monografia, aggiungendo nuovi farmaci ai gradini ma sostanzialmente senza modificare la sostanza delle guidelines. Attualmente perciò l'impostazione di base è mantenuta da 23 anni, un tempo molto lungo in medicina.

Recenti dati WHO suggeriscono che la pubblicazione delle guidelines ha prodotto un evidente incremento del consumo di oppioidi in molte nazioni ed ha perciò raggiunto uno degli obiettivi principali che erano stati prefissati; nonostante questo non sono mancate critiche.

Già nel 1995 una review apparsa su JAMA aveva evidenziato come gli studi di validazione della scala analgesica fossero in buona parte osservazionali, spesso retrospettivi e per la maggior parte condotti su un numero esiguo di pazienti, con limitati follow-up e alte percentuali di dropout. Tutto ciò è stato confermato a distanza di 11 anni da un'altra review, (Supportive Care in Cancer, 2006). I lavori citati riportavano inoltre una percentuale oscillante fra il 45 ed il 100% di pazienti con "adeguata analgesia" mentre nella precedente review di Jadad (JAMA, 1995), tali percentuali variavano fra il 69 ed 100%, una forbice comunque molto ampia.

La conseguenza è la mancanza di forti evidenze a supporto delle guidelines della WHO; come esempio possiamo citare le recenti "Scottish Guidelines for Control of Pain in Adults with Cancer", pubblicate nel Novembre 2008 e che, pur incoraggiando fortemente l'applicazione

della scala analgesica WHO, classificano quasi tutti i principi fondamentali della stessa come raccomandazione di tipo D (livello di evidenza 3-4). Le stesse pratiche di "opioid rotation/switching", cioè la rotazione della via di somministrazione o il cambiamento del tipo di oppioide utilizzato e che oggi vengono suggerite in presenza di dolori refrattari ad alti dosaggi di oppioidi o quando la terapia oppioide abbia perso efficacia dopo un iniziale buon risultato, sono in realtà basate su studi non controllati, osservazionali, case series e su reports aneddotici, secondo quanto affermato anche dalla Cochrane Collaboration.

Il problema della mancanza di evidenze è così consistente che la stessa Cochrane Collaboration ha recentemente pubblicato una review intitolata "The drama of cancer pain: when the research abandons patients and reason", evidenziando la mancanza assoluta di studi RCT a supporto di molte pratiche nel trattamento del dolore nel paziente oncologico.

Un'altra critica riguardo alla scala a tre gradini della WHO è che il trattamento suggerito è indipendente dalla diagnosi e dalla ricerca etio-

M. LA GRUA

Sezione di Terapia del Dolore e Cure Palliative, Ospedale "Misericordia e Dolce" Prato. Azienda USL 4 Toscana

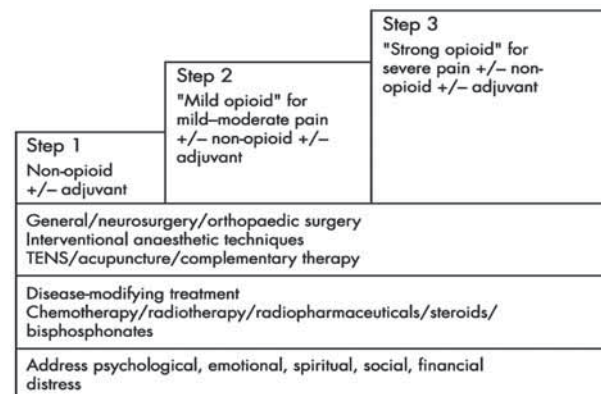


Figura 1

patogenetica della causa del dolore; questo porta a trattare sempre il dolore impostando un trattamento farmacologico “palliativo” anche in quei casi in cui sarebbero disponibili terapie causali e/o risolutive. Un esempio può essere quello dei crolli vertebrali metastatici, dove il dolore, che ha caratteristiche incidenti, non può essere adeguatamente controllato neppure con alte dosi di analgesici e che invece potrebbe essere più efficacemente trattato attraverso una vertebro- o cifo-plastica (laddove ovviamente siano indicate).

In generale si può affermare che la applicazione della scala analgesica trascura la potenziale efficacia di altri trattamenti per il controllo del dolore quali le terapie rivolte al controllo della malattia, i trattamenti non farmacologici e le terapie antalgiche interventistiche.

In realtà però le guidelines WHO comprendono riferimenti a tali trattamenti, anche se queste non appaiono raffigurate nella scala a tre livelli, per cui è fondamentale che i professionisti si riferiscano alle linee guida della WHO nella loro interezza e non si riducano alla applicazione della illustrazione isolata della scala analgesica.

Oltre alla WHO molte Società Scientifiche ed Agenzie hanno pubblicato guidelines riguardo al trattamento del dolore nel paziente oncologico; In ognuna di queste, che comunque hanno i loro fondamenti su quanto stabilito dalla WHO, si trovano precisi riferimenti ed indicazioni all'utilizzo di metodiche non solo farmacologiche per il trattamento del dolore nel paziente oncologico.

In modo interessante, alcune procedure antalgiche come la neurolisi del plesso celiaco o l'utilizzo di oppioidi per via spinale vengono classificate con raccomandazione di tipo B (supportate da evidenze di tipo 2, cioè da review sistematiche di alto livello o studi di coorte), ribaltando una delle critiche che da anni vengono rivolte a queste procedure e cioè quella di non essere sufficientemente supportate nell'ottica della Evidence Based Medicine.

Cosa possiamo fare fin da adesso come clinici per migliorare il controllo del dolore nei pazienti affetti da malattia tumorale? Sicuramente è indispensabile l'analisi clinica e diagnostica sulle cause del dolore nel nostro paziente: individuare la causa ed i meccanismi alla base del dolore e non limitarsi a trattarlo in base alla sua intensità. Potrebbe significare spostarsi verso un trattamento multimodale del dolore, un concetto che al giorno d'oggi è validato e utilizzato in altri ambiti, come per esempio il trattamento del dolore postoperatorio. Esistono inoltre indicazioni precise al ricorso a procedure interventistiche di tipo antalgico; queste sono riportate nel dettaglio in molte pubblicazioni, fra le quali si rimanda per la chiarezza alle linee guida SIAARTI oppure a quanto pubblicato nel 2007 dall'American Journal of Hospice and Palliative Medicine.

Schematicamente possiamo affermare che le indicazioni cliniche al ricorso a tali procedure, aggiuntive o alternative alla terapia con analgesici oppioidi sistemici, sono costituite dalla mancanza di un adeguato pain relief in corso di elevati dosaggi di oppioidi, dalla impossibilità di eseguire una adeguata escalation nei dosaggi di analgesici per la presenza di effetti collaterali intollerabili e scarsamente controllabili, dalla necessità di utilizzare farmaci aggiuntivi o alternativi agli oppioidi come gli anestetici locali o lo ziconotide, oppure semplicemente nell'ottica di un approccio multimodale al trattamento del dolore per ottimizzare l'utilizzo degli oppioidi e ridurre gli effetti collaterali.

Le indicazioni patogenetiche invece sono rappresentate da quelle sindromi dolorose con una elevata componente *incident*, cioè con elevati picchi di dolore che sfuggono al controllo analgesico di base, che spesso riconoscono la causa in crolli vertebrali o invasione ossea, nella invasione neoplastica di grandi articolazioni o plessi nervosi o in estese lesioni ed ulcerazioni cutanee. In tali casi il ricorso a procedure alternative o aggiuntive rispetto alla terapia farmacologica sistemica deve essere elettivo e non avvenire solamente dopo aver percorso tutta la scala analgesica e aver tentato una rotazione degli oppioidi e vie di somministrazione, perchè ciò significherebbe molto probabilmente costringere il paziente ad un lungo periodo di dolore non controllato, data la scarsa efficacia degli analgesici oppioidi sistemici in tali tipologie di dolore.

Le metodiche interventistiche a cui è possibile ricorrere e con una sufficiente validazione EBM sono rappresentate dalle tecniche neuromodulative, neurolesive oppure dal trattamento delle invasioni neoplastiche vertebrali con procedure di cementoplastica. Per la trattazione di tali tecniche e loro indicazioni si rimanda ovviamente a testi dedicati. Una esemplificazione di come la scala analgesica potrebbe essere integrata dall'utilizzo di procedure non farmacologiche è riportato nella Figura 1 (tratta da *The Palliative Care Handbook*. 5th Ed. Forest Holme and Wessex Specialist Palliative Care Units. Dorset Cancer Network).

La lotta al dolore richiede uno sforzo comune di tutti gli operatori, sfruttando al meglio le nostre conoscenze attuali e cercando di ampliarle quando incomplete. È necessario evitare dogmi, preconcetti e preclusioni e valutare “caso per caso” quali sono le opzioni terapeutiche migliori per il paziente che stiamo trattando. Se davvero il Re è nudo... dobbiamo dirlo!

Bibliografia

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

TM

SOS dolore

Linea telefonica diretta per il controllo del dolore territoriale

Nella Zona Valdichiana-Amiata Senese, dal 1° settembre 2008 è attivo un servizio telefonico quotidiano, denominato “SOS Dolore”, dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria dalle h 10 alle h 12, che consente ai medici di medicina generale, di ricevere una consulenza telefonica, in tema di Terapia del Dolore, direttamente dai medici anestesisti del Presidio Ospedaliero di Montepulciano- USL 7 Siena.

A distanza di più di un anno, la nascita di tale servizio si è rivelata molto importante per i residenti, in una Zona della USL 7 di Siena, con un elevato indice di vecchiaia, pari a 268, e, quindi, con un'alta incidenza di patologie algologiche croniche.

Nel primo semestre del 2009, inoltre, tutti i medici di medicina generale della USL 7 di Siena, in collaborazione con il servizio di Anestesia e Rianimazione del Presidio di Montepulciano, hanno frequentato un corso formativo in tema di Terapia del Dolore, diviso in quattro moduli, che ha permesso a tali professionisti di acquisire nuove competenze specialistiche, in questo settore.

Le richieste più frequenti pervenute ai medici anestesisti ospedalieri, che rispondono ad un telefono cellulare, hanno riguardato prevalentemente il dolore cronico non oncologico (D.C.N.O.), ma anche quello oncologico, il dolore acuto e consigli tecnici sulla gestione domiciliare

dei cateteri venosi centrali (Figura 1).

Dal Date-base si evince, inoltre, che la patologia algologica che più frequentemente impegna il medico di medicina generale è il *Low-Back-Pain* ovvero il mal di schiena.

Oltre al confronto sui singoli casi clinici, la maggior parte delle richieste hanno riguardato l'impostazione degli schemi terapeutici, soprattutto, nella riacutizzazione delle patologie croniche oppure nella rotazione dei farmaci oppioidi, mediante l'applicazione delle specifiche tabelle di equianalgesia.

Il servizio “SOS Dolore” rappresenta un esempio semplice efficace di *trait d'union* fra territorio ed ospedale o per meglio dire fra territorio e *Spoke*, in base al progetto sperimentale di Rete del Dolore avviato dal Ministero in quattro regioni italiane.

È auspicabile che tale esperienza venga estesa nelle altre USL e Aziende della Regione Toscana.

TM

S. CRISCUOLO
Direttore - U.O.C. Anestesia e Rianimazione
Presidio Ospedaliero - Montepulciano - USL 7 Siena

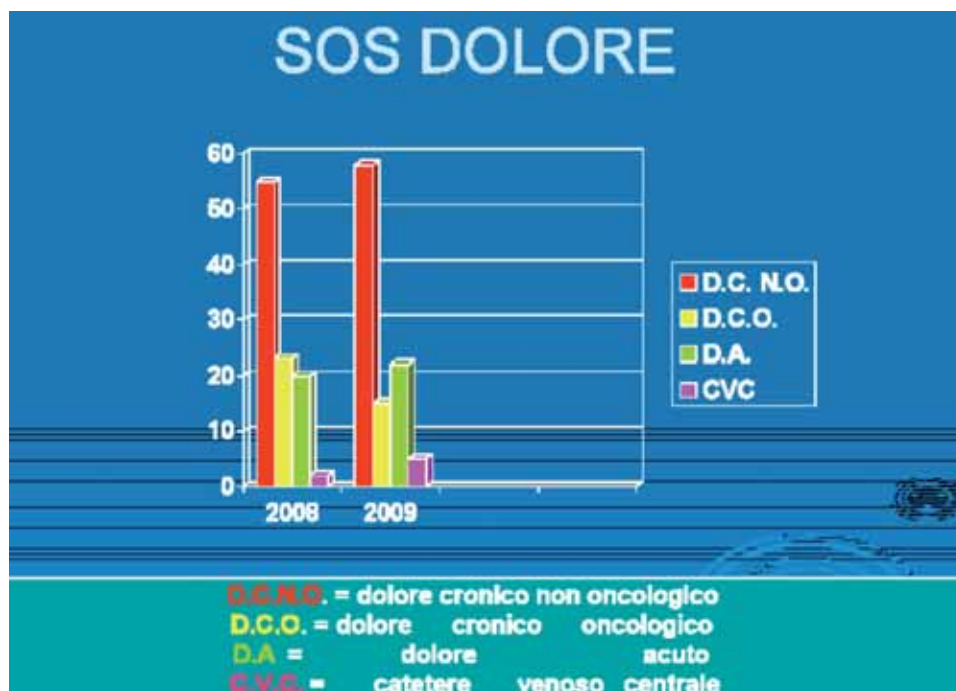


Figura 1

Dino Campana fu davvero ammalato di sifilide?

A settantasei anni dalla morte, Dino Campana (1885-1932) fa ancora parlare di sé.

E non solo perché autore dei *Canti Orfici* che ne fanno uno dei protagonisti più autorevoli del Novecento letterario, ma anche per la pazzia ed il lungo periodo trascorso nel manicomio di Castel Pulci dove ha terminato i suoi giorni il 2 marzo del 1932.

Il referto ufficiale attribuisce la causa del decesso ad una setticemia fulminante, ma vi sono biografi, come il Vassalli, che non accettano questa versione (S. Vassalli: *Campana un po' del mio sangue*, Garzanti). Egli parla di sifilide ed accredita le voci secondo le quali il poeta abbia contratto la malattia tramite una "matrona", nel 1912 a Genova. Parliamo di voci perché sino ad oggi non esiste una diagnosi documentata in tal senso.

Infatti un esame attento, in termine medico anamnesi, dei dati fin qui pubblicati lascia molti dubbi.

Nell'estate del 1915 Campana è ricoverato nell'ospedale di Marradi dove vi rimane per un mese e mezzo, perché affetto da nefrite. Questo il responso dei sanitari. Lui parla di congestione vasomotoria con paresi al lato destro del viso, tanto che dopo due mesi, di sua iniziativa, si applica le sanguisughe. Non sappiamo con quale risultato. Certamente non è peggiorato.

Il Vassalli nega la nefrite e a pag. 19 del suo libro scrive: «I sintomi, però, sono quelli della sifilide. C'è una paresi documentata anche da fotografie, al lato destro del viso c'è un atroce mal di capo (la congestione cerebrale di cui parla nelle lettere) che lo spinge a ricorrere alle sanguisughe, "ultimo avanzo dei barbari in Italia" come li chiama il poeta». Ma anche questa diagnosi non regge.

La terribile malattia che ha fatto milioni di morti in tutta Europa e che ai giorni nostri sta di nuovo rialzando la testa, ha imperversato per secoli tanto da essere stata considerata un vero flagello di Dio.

Può insorgere nella forma precoce o tardiva. L'elemento tipico è il *sifiloma*, una lesione indolore rotondeggiante, dura ed edematosa che si accompagna ad ingrossamento delle ghiandole linfatiche.

Se le manifestazioni scompaiono ma la sieroreazione rimane positiva la malattia entra in un

periodo di latenza che può durare mesi e talvolta anni.

Dopo un periodo, più o meno lungo di quiete

compaiono i sintomi iniziali che possono colpire organi specifici, quale cute, sistema nervoso, cardiovascolare ed in

FRANCESCO GIUSEPPE ROMEO

Medico chirurgo, Firenze

pratica tutti gli altri.

Frequentemente c'è cefalea ed interessamento delle meningi, dei vasi e del parenchima. Si può instaurare una paralisi progressiva, tabe dorsale e casi in cui le manifestazioni sono diffuse in tutto il corpo.

Torniamo all'autore dei *Canti Orfici*.

Quando Campana l'avrebbe contratta aveva 22 anni, quindi dovremmo pensare alla forma latente precoce i cui sintomi però non compaiono, ma non compaiono neanche dopo i venticinque anni se si fosse passata alla forma latente tardiva. In questo periodo era già utilizzata la reazione sierologica applicata alla diagnosi.

È possibile che nei 47 anni di vita il nostro personaggio non avesse presentato altri sintomi che il mal di testa e neanche un segno della devastante evoluzione? È possibile che non se ne sia accorto né lui né alcuno dei numerosi medici che lo hanno visitato? E Sibilla Aleramo, la intraprendente e navigata scrittrice con la quale il poeta ha avuto una tempestosa relazione, è possibile che non abbia notato neppure il minimo indizio, la minima lesione? Proprio lei donna affascinante, colta, esperta in fatto di uomini e certamente al corrente dei tanti giovani segnati dagli effetti del morbo?

Nelle numerose lettere che lui le scrive non c'è alcun indizio che possa insospettire ed eguale silenzio si nota nella prosa e nelle poesie. Puntiglioso cronista delle sue infermità quale era, ne avrebbe parlato come di un ulteriore segno dell'avversa fortuna.

D'altra parte, lo ripetiamo, gli effetti della lue sono così importanti e di così vasta portata da non passare inosservate neanche nel più distratto dei sanitari.

Campana riferendosi alle sue infermità parla di congestione cerebrale, i sanitari di nefrite ed il medico Pariani di incipiente "pazzia dissociativa". Ma non di sifilide.

Questi alcuni dei motivi che mi inducono ad escludere nelle vicende sanitarie del poeta il male del secolo che in realtà imperversava sin dal Rinascimento.

TM



Pazienti ad alto rischio vascolare

Chi sono? Revisione in medicina generale

PREMESSA

La prevenzione Cardiovascolare (CV) costituisce una priorità del PSN e del PSR ma ad oggi non sono definiti indicatori di attività preventiva CV; questo non consente di valutare l'attività svolta dal medico di medicina generale, le modalità di utilizzo delle risorse, il rapporto costo/efficacia degli interventi, né di effettuare un'adeguata programmazione per gli interventi preventivi, compresa l'identificazione delle necessità formative.

COSA SAPPIAMO DEI NOSTRI ASSISTITI

Siamo andati a ricercare i pazienti di età ≥ 55 anni ad alto rischio di eventi vascolari per:

1. Presenza di malattia cardio e cerebro vascolare; 2. Insufficienza renale (GFR stimata < 60 ml/min e/o micro/macroalbuminuria); 3. Diabete mellito; 4. Ipertensione arteriosa possibilmente con diagnosi ECGrafica d'ipertrofia ventricolare sinistra.

Sappiamo che l'elenco non è esaustivo di tutte le tipologie di pazienti ad alto rischio CCV (ad esempio non vi sono i pazienti con dislipidemia familiare), ma gli elementi considerati sono comunque funzionali ad una strategia unica di prevenzione CCV.

La revisione coinvolge 8 medici di medicina generale di tre medicine di gruppo due di Pistoia città e una di Montale, con un carico assistenziale di 10.000 persone. Tutti usano software Millewin® e le informazioni contenute nei data base, attraverso stringhe costruite in funzione della ricerca, sono state elaborate con EpiInfo®. Periodo di analisi: due anni, dal 01 gennaio 2007 al 31 dicembre 2008.

CHI STIAMO ASSISTENDO? Circa 4500 pazienti a rischio vascolare molto elevato.

• **Malattia aterosclerotica cardiaca:** totale pazienti **502**.

Diamo assistenza all'11% degli assistiti ultra 55enni (6.2% sul totale) per "cardiopatía ischemica". E nello specifico, gli assistiti con diagnosi registrata di Infarto miocardico sono 155 (maschi 111 e femmine 55); quelli con Angina 111, con diagnosi di cardiopatía ischemica cronica (CIC) 236. I pazienti sottoposti

ad angioplastica coronarica sono 104 (Femmine 23 e Maschi 81) (F 15 vs M 30 ultra75enni).

• I pazienti con diagnosi di Ictus e di TIA sono 198; con Ictus 21 femmine e 17 maschi (nessuno nella classe di età 55-64 anni); con TIA 164 distribuiti equamente nei due sessi ma con una frequenza doppia dei maschi sotto i 64 anni.

• Sono affetti da arteriopatia periferica 58 pazienti (2.60%).

• Forniamo assistenza a 628 pazienti con **Diabete Mellito tipo 2** pari al 14.0% dei pazienti oltre 55 anni (6.28% del totale), senza differenze fra i due sessi se non negli ultra 75enni (Tabella 1).

I Diabetici affetti da ipertensione arteriosa sono 474 pari al 18,6% degli ipertesi ultra 55enni e al **75,5%** della popolazione diabetica (da fonte *Health Search-Thales: i soli pazienti diabetici con ipertensione arteriosa rappresentano il 73,4% dell'intera popolazione diabetica*) (tabella 2).

Gli **ipertesi** sui **4488 assistiti sono 2542** pari al 56.6% (il 25.5% sul totale) con netta prevalenza del sesso femminile in tutte le classi di età (58.3%).

La prevalenza, anche utilizzando i dati più "prudenti", è molto elevata e, negli anni 2003-2007, mostra un trend crescente che varia dal 18,4% al 22,0% del 2007 (fonte V Report Health

PAOLA M. MANDELLI*, FRANCO B. MORELLI*,
SAFFI GIUSTINI*, ALESSANDRO BATTAGLIA**
Hanno contribuito a questa revisione i colleghi
ANTONELLA ALLORI, FEDERICO FEDI,
ANDREA GRANATI, WALTER VANNACCI,
MASSIMO VENTURINI

Medici di Medicina Generale
(SIMG Pistoia)*, (SIMG Verona)**

Tabella 1 - Assistiti per classi di età con diagnosi tabellata di diabete mellito

Classe età	Frequenza	Percentuale	Femmine	Maschi
55-64	148	23,6%	63	85
65-74	220	35,0%	106	114
75-84	193	30,7%	104	89
Oltre 85	67	10,7%	40	27
Totale	628	100,0%	313	315

Tabella 2 - Diabetici ipertesi per età e sesso

Classe età	Frequenza	Percentuale	Femmine	Maschi
55-64	96	20,3%	41	55
65-74	169	35,7%	88	81
75-84	156	32,9%	88	68
Oltre 85	53	11,2%	32	21
Totale	474	100,0%	249	225

Search, 2008).

La maggior parte dei pazienti cronici sono in realtà affetti da più patologie la cui interazione produce condizioni cliniche complesse soprattutto nelle situazioni cliniche più avanzate. Il modello assistenziale, orientato alla singola malattia, deve essere integrato, nel singolo caso, in modo da realizzare un percorso di cura indirizzato alla persona nell'insieme delle comorbidità (Tabella 3).

Nella pratica questo comporta un problema di trasferibilità delle conoscenze rispetto ai risultati dei grandi trial d'intervento e le conseguenti indicazioni terapeutiche di questi ultimi e delle linee guida.

Pazienti con insufficienza renale (GFR stimata < 60 ml/min e/o micro/macroalbuminuria-adequatamente accertate e riconfermate).

Secondo le informazioni ricavate da Health Search, il 10% di tutta la popolazione, e il 30-35% dei soggetti a rischio per danno renale (anziani, diabetici, ipertesi), presenta una riduzione significativa del GRF [< 60 ml/min]. Nella nostra popolazione abbiamo dati affidabili di una GRF stimata inferiore a 60 ml/min. per mezzo della formula di Cockcroft-Gault in 618 pazienti (13,8%) pari al 6,18% degli assistiti in carico. Questi dati sono sicuramente sottostimati e ne dobbiamo tener conto per una migliore registrazione e per adeguare gli interventi di prevenzione.

Commento

Un'attenta valutazione della realtà delle cure primarie e delle caratteristiche comuni dei pazienti affetti da patologie aterosclerotiche, necessita, a nostro parere, di un metodo di lavoro maggiormente efficiente.

Abbiamo visto che l'impressione che si tratti di problemi a carico di pochi assistiti, sostanzialmente di pertinenza specialistica, sia fuorviante, come lo è la distinzione in prevenzione primaria e secondaria che ci sembra di fatto superata nel momento che il livello di rischio assoluto di questi pazienti può essere determinato sia dalla presenza di malattia

CV clinicamente manifesta, sia dall'associazione di più fattori di rischio, sia dalla presenza di "danno d'organo, sia dall'associazione tra eventi, fattori di rischio e danno d'organo tra loro variamente combinati.

Circa un italiano su tre, è sovrappeso (34,2%), mentre uno su dieci è obeso (9,8%): è ormai chiaro che un'azione preventiva sui molteplici fattori di rischio necessita di interventi politico-sociali tesi a diffondere, dalla popolazione giovanile, stile di vita "sani".

Come è chiaro, per chi come noi, da anni lavora nelle cure primarie, che la figura del medico di medicina generale "solo" è superata, non tanto e non solo per la scarsità di tecnologia, quanto dalla mancanza di personale preparato e integrato con le dinamiche dell'assistenza territoriale.

Se dobbiamo, come medici di medicina generale identificare i soggetti ad alto rischio ...; ridurre la comparsa di eventi CCV, attraverso la modifica degli stili di vita dannosi ...; monitorare l'aderenza al trattamento farmacologico ...; monitorare i fattori di rischio attraverso la misurazione di pressione arteriosa (almeno ogni sei mesi se controllata adeguatamente), la determinazione di colesterolo totale/colesterolo LDL (almeno annualmente se controllato adeguatamente), ...dobbiamo rivedere quali sono le nostre funzioni e i nostri compiti in relazione del carico assistenziale generale.

Quanti di questi compiti sono di competenza del medico di medicina generale?

In sintesi pensiamo che un preparato e integrato personale infermieristico possa, in una prospettiva di assistenza tipo Chronic Care Model, contribuire, nel rispetto del ruolo e dei ruoli, a migliorare questo aspetto delle cure primarie, permettendo al medico di medicina generale di dedicare una parte del suo tempo alla funzione di diagnosi e di cura.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: gsaffi@tin.it

TM

Tabella 3. Pazienti ipertesi con comorbidità vascolari e diabete mellito

IPERTESI	DIABETE	TIA	ICTUS	IM	CIC	ANGINA	STENOSI	Totale
Classe età								
55-64	96	13	0	13	17	8	7	154
65-74	169	26	10	38	29	25	19	316
75-84	156	52	12	30	57	35	27	369
Oltre 85	53	25	8	16	37	12	10	161
Totale	474	116	30	97	140	80	63	1000
Percentuale	18.6	5.7			12.5			39.3



Esperienza alla Fondazione Pediatria di Kimbondo

Kinshasa Repubblica Democratica del Congo

La Repubblica Democratica del Congo con circa 56 milioni di persone (metà dei quali ha meno di venti anni) è un Paese ricchissimo di risorse naturali e minerarie, ma distrutto dalle guerre, con un reddito annuo/pro capite tra i più bassi del mondo (inferiore ai 100 dollari).

L'inflazione supera l'800%, l'aspettativa di vita alla nascita si aggira sui 42 anni, la mortalità infantile è di circa il 21% (un bambino su 5 non sopravvive al 5° anno di età) e l'AIDS in alcune aree del paese colpisce 1/3 della popolazione.

Il sistema sanitario pubblico è totalmente abbandonato: strutture fatiscenti, mancanza assoluta di attrezzature e di farmaci, operatori pochi, demotivati e mal pagati.

La spesa sanitaria è al di sotto dei 34 dollari/pro capite soglia che l'OMS considera necessaria per garantire ai cittadini l'accesso a un pacchetto di servizi sanitari essenziali.

In questo contesto a 35 Km dal centro di Kinshasa, a Mont Ngafula, vive la Prof.ssa Laura Perna, al momento novantenne, Direttrice Emerita dell'Istituto di Pneumologia all'Università di Siena, che al momento della pensione (1998) sentendosi ancora in piena forma e per nulla stanca, decise di cominciare un nuovo capitolo trasferendosi in Africa: prima brevemente in Uganda e in Camerun e poi, definitivamente, in Congo dove grazie all'aiuto di un Claritiano, Padre Ugo Rios, cileno, e medico come noi, ha fondato e manda avanti un Ospedale Pediatrico dove i bambini non trovano solo cure, ma anche tanto amore. Così è nata la **Fondation Pédiatrique de Kimbondo (FPK)**, riconosciuta come Fondazione Congolese di Diritto, che accoglie e cura *gratuitamente* i bambini ammalati che vi si rivolgono.

Attualmente la FPK comprende un Ospedale e una Casa di Accoglienza.

L'Ospedale articolato in padiglioni (Medicina Generale, Cardiologia, Tubercolosi Polmonare ed Ossea, Riabilitazione per handicap, Radiologia-Ecografia e Laboratorio Analisi, Trasfusionale e Neonatologia) dispone di 250 posti (sempre tutti occupati).

Ogni giorno è attivo un ambulatorio "per esterni" che effettua 80-100 prestazioni (visita medica, esami di laboratorio e radiologici) con consegna, nel pomeriggio, dei risultati.

I casi più gravi vengono ricoverati, mentre agli altri vengono consegnati dei farmaci e/o una prescrizione medica.

Affiancata all'Ospedale esiste una Casa di Accoglienza per i bambini orfani o abbandonati: il loro numero è variabile (al momento circa 400), ma a tutti viene garantita anche l'istruzione: i bambini in età scolare al mattino vanno a scuola e nel pomeriggio si occupano dei più piccoli, mentre i più grandi si occupano della fattoria.

Negli anni nel tentativo di realizzare almeno una parziale autosufficienza è stata creata, nella sottostante valle ricca di acqua, una vera e propria fattoria dove, oltre alla coltivazione del mais e della palma da olio, si allevano galline e maiali, si

MARCO CORSETTI

Gastroenterologo, Asl 9 di Grosseto
Ong/Onlus "Un Mondo di Amici"



Padre Rios



Prof. Laura Perna

manda avanti l'orto e, di recente, è stata costruita una vasca per la piscicoltura.

L'approvvigionamento idrico di tutta la struttura è, al momento, da pompe solari dono della solidarietà italiana.

Molte persone prestano servizio nella Pediatria. L'équipe medica oltre che dalla Prof. Laura Perna e dal Dr. Rios è composta da tre medici congolesi e si avvale di alcuni specialisti esterni (a pagamento) quali ortopedico, cardiologo etc.

Inoltre ci sono infermieri e addetti ai servizi per un totale di circa 101 persone (tutte congolesi) oltre alla presenza quasi costante di 2 volontarie italiane e ad un certo numero di volontari (sanitari e non) che durante l'anno vi si alternano.

I bambini sono gli assoluti protagonisti di questa realtà. Agli orfani di guerra, ai bambini ex soldato o a quelli che vivono sulle strade perché abbandonati dalle famiglie, che non sono in grado di sfamarli, si aggiungono gli "ndoki" (letteralmente da buttare) "les enfants sorciers", "i figli maledetti", cacciati di casa perché accusati di stregoneria. «Quando – spiega Mama Coco (così viene chiamata la dottoressa Perna) – in una famiglia accade qualcosa di spiacevole o doloroso, la perdita del lavoro o la morte di un parente prossimo, la colpa viene data al malocchio e si cerca dunque il colpevole. Così gli adulti vanno dai santoni delle varie chiese cristiane che proliferano e che promettono miracoli e prodigi. Quei falsi profeti individuano i bambini come i responsabili del maleficio, meglio se i piccoli sono affetti da malattie psichiche o da deformazioni fisiche che li rendono diversi. I genitori e i parenti non fanno fatica a credere che siano posseduti dal demonio. I piccoli, marchiati come portatori del male, vengono riempiti di botte, torturati, seviziati e, infine, portati dall'esorcista. È l'inizio della

fine. I supplizi diventano infiniti: seviziati con ferri incandescenti, gettati nelle fiamme, aperti con coltellacci per far uscire dalle ferite il diavolo».

I costi annui documentati della Pediatria nel 2007 sono stati di circa 700.000 \$ e si presume che aumenteranno del 30% alla fine del 2009.

Tutto questo sta in piedi grazie allo straordinario lavoro di Padre Rios e di Laura Perna capaci di coinvolgere sempre persone disposte ad aiutarli nella loro opera: ognuno fa quello che può, quello che sa fare. E quindi ci va il medico, il falegname, l'elettricista, l'educatore, l'agronomo, l'infermiere, e persino chi vuole sentirsi per un attimo papà o mamma dei tanti bambini della pediatria.

E Kimbondo accoglie tutti, allo stesso modo, perché tutti siamo importanti e utili in quel contesto bisognoso di tutto: competenze, affetto, generosità.

Personalmente considero un regalo la possibilità di essere stato ospitato alla Pediatria anche se quell'ambiente va avvicinato con cautela perché troppo povero. Si corre il rischio di soffermarci poco sull'impatto e le conseguenze che le nostre abitudini possono avere sulla gente: i nostri telefonini, il nostro abbigliamento, le nostre apparecchiature elettroniche, l'utilizzo dell'acqua, la loro acqua, di cui loro stessi non possono sempre disporre nelle loro case.

Le "mamà" che vi lavorano (stipendio 40/50 \$ al mese) ci sorridono, ma in realtà ci invidiano e un po' forse ci detestano: a casa hanno bambini, spesso numerosi, che non sempre riescono a sfamare e non capiscono il perché ci si dia tanto da fare per mantenere bimbi gravemente handicappati mentre i loro figli, sani, non possono né studiare né mangiare.

Noi siamo i bianchi che per un soggiorno alla Pediatria possono pagare un biglietto aereo equivalente a due anni della loro paga. In Congo si vive di niente, si muore in silenzio e con dignità, si lavora nella disperazione di non poter fare di più. Noi viviamo in un mondo agiato e sprecone, non costa molto qualche volta ricordarci di chi ha meno di noi, di tutti quei bambini con grandi occhi e grande pance a cui basta un sorriso e una carezza per stare un po' meglio.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: m.corsetti@usl9.toscana.it

TM

"Un Mondo di Amici" O.N.G./O.N.L.U.S., fondata nel 2005 da medici grossetani ha come mission quella di sostenere la Fondazione Pediatrica di Kimbondo.

Negli anni si è impegnata in diversi progetti: invio di container con materiale sanitario e cibo a lunga conservazione, acquisizione di un Ecografo e di un Contaglobuli automatico, sostegno logistico ed economico nei confronti di bambini che vengono in Italia per essere sottoposti a intervento chirurgico (Gaslini Genova, Ospedale Pediatrico Aprano di Massa, Urologia Pediatrica Padova, Niguarda Milano), invio di personale medico (pediatri, immunotrasfuzionisti e altri).

L'associazione "Un Mondo di Amici" non riceve fondi da nessuna Istituzione e fruisce esclusivamente di donazioni da parte di cittadini, associazioni ed aziende.



Bernardino Ramazzini in Toscana

Una controversia seicentesca

La sera del 19 luglio 1681 Bernardino Ramazzini (1633-1714) (B.R.) viene convocato d'urgenza in palazzo Bagnesi, a Modena, al capezzale della marchesa Maria Maddalena, fiorentina, nata Martellini, la quale, poche ore dopo il parto, versava in gravissime condizioni. La levatrice aveva atteso invano l'uscita della seconda. Non escono che grumi di sangue e compaiono deliqui. La madre del vedovo, che aveva sollecitato un qualche intervento eroico, pretende una relazione clinica da trasmettere a Firenze, al consuocero, Leonardo Martellini e Ramazzini la redige sostenendovi che l'estrazione manuale della seconda sarebbe risultata oltremodo temeraria, argomentando che la puerpera era grandemente defedata. Il Martellini, ricevuta la relazione di pugno di Ramazzini la fa leggere al dottor Giovanni Andrea Moneglia (noto anche come Moniglia, 1624-1700) e questi deplora, non senza asprezza, il fatto che non si sia intervenuti chirurgicamente; lui, in almeno due casi analoghi, intervenendo aveva salvato le puerpere. Moneglia diffonde il suo giudizio che giunge anche al suo rivale il quale fa stampare assieme la "censura" ed una sua risposta che deve poter dimostrare, anche argutamente, la tesi di segno opposto a quella sostenuta da Moneglia. Il fiorentino replica insistendo nell'accusare d'inetitudine l'avversario il quale risponde ribattendo nuovamente tutte le argomentazioni del medico fiorentino; e da una parte e dall'altra sempre un profluvio di citazioni. Segue una ulteriore censura (siamo a quattro) del Moneglia con crescendo di ironia e quindi (sono trascorsi due anni dal fatto) una quarta risposta del Ramazzini che rimarrà inedita sino al 1758.

In realtà di scritti a stampa che entrano nel merito della "terribile controversia" se ne contano 16, molti di più di quelli firmati direttamente dai contendenti; sei sono anonimi ma ispirati da una o dall'altra parte, uno è di Giovanni Cinelli Calvoli, partigiano del modenese e l'ultimo, tardo, di Giuseppe Ramazzini.

Ognuno e specialmente gli ostetrici, sforzandosi di contestualizzare le vicende strettamente cliniche oggetto del contendere, si schiereranno da una parte o dall'altra. Nel guidare un giudizio complessivo, non soltanto clinico, può essere utile conoscere le necessariamente brevi quanto non equanimi notizie riportate di seguito sui personaggi che animano la storia.

Bernardino Ramazzini è universalmente noto come il "padre" della medicina del lavoro; rappresenta una pietra miliare viva nell'avanzamento dello studio della natura, della clinica e della epidemiologia. Animato da una sana religiosità, "uomo di mondo", preoccupato sempre di alleviare le miserie

degli uomini, segue serenamente le prescrizioni ecclesiastiche sino a quando queste non interferiscono con l'aspetto medico e soprattutto con quello igienico

come nel caso dei bagni pubblici e della sepoltura nelle chiese. Spesso risulta arguto ma senza crudeltà, geniale ma senza

gelosie ed invidie, mordace per difesa contro i mordaci, d'abitudine discreto, tranquillo e cortese.

Bernardino Ramazzini è corrispondente di Antonio Magliabechi (nato e morto negli stessi anni di Ramazzini) che è un grande erudito, fondatore della biblioteca fiorentina che diventerà poi la Biblioteca Nazionale Centrale; un personaggio singolare che nato povero, preso a ben volere da alcune persone importanti può continuare a maneggiare libri. Magliabechi diventava, in certe situazioni, una mala lingua, di quelle che piuttosto ispirano la parola di altri. Nel 1684 Moneglia, servendosi di un prestanome, dà alle stampe un feroce opuscolo latino dove Magliabechi appare nel ruolo di istigatore e complice, mentre a dominare la scena è Giovanni Cinelli Calvoli (1625-1706). Questi, medico, diventato sodale di Magliabechi, pubblica la "Biblioteca Volante", dove rende conto della "terribile controversia", accentuando i giudizi negativi nei confronti di Moneglia il quale si rivolge al Granduca ottenendo, nientemeno, che Cinelli fosse arrestato d'ordine del tribunale supremo. Rimesso in libertà con pena di ritrattazione preferisce scappare da Firenze recandosi a Modena dove Ramazzini si è adoperato per fargli avere una cattedra di lingua toscana. Dopo una lunga peregrinazione viene nominato medico della Santa Casa di Loreto dove si spegne; nel frattempo aveva pubblicato una "Giustificazione" piena di fiele contro Moneglia.

Giovanni Andrea Moneglia è uomo di pronto ingegno e di bella cultura letteraria ma, come medico, non ha lasciato segno alcuno. Viene ricordato come agguerrito portavoce del partito degli "aristotelici" contro i "galileisti". Un personaggio molto antipatico, un attaccabrighe, ma in grazia a Cosimo III, il granduca regnante e protetto dal protomedico Francesco Redi (1626-1697); nominato professore a Pisa, ingrato, perseguita Federico Nomi (1682-1705) che gli scrive le lezioni. Il libretto "*De usu aquae medico in febris*", pubblicato con il nome di Moneglia non sarebbe farina del suo sacco. È autore di composizioni per musica rappresentate ancora oggi; proprio con l'opera buffa "Il podestà di Colognole" di Moneglia, musicata da Melani, si inaugura il teatro della Pergola.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: fcarnevale@interfree.it

TM



L'incidenza del tumore maligno del corpo dell'utero è in aumento nelle donne in età peri e postmenopausale

Negli ultimi decenni l'incidenza del tumore maligno del corpo uterino è in aumento sia in Europa che in Italia nelle donne in età postmenopausale; in Toscana nel periodo 2003-2005 questa neoplasia risulta il sesto tumore più frequente fra le donne, dopo i tumori mammari, cutanei (escluso il melanoma), colonrettali, polmonari e gastrici, rappresentando il 3.7% delle diagnosi tumorali femminili (www.ispo.toscana.it).

I dati del Registro Tumori della Regione Toscana (RTRT) relativi ai tumori maligni del corpo dell'utero incidenti nel periodo 2000-2005, analizzati per fasce di età al momento della diagnosi, mostrano un aumento statisticamente significativo dei tassi standardizzati di incidenza del tumore del corpo dell'utero diagnosticato fra le donne con età superiore ai 49 anni (cambiamento annuale del tasso di incidenza standardizzato APC: +3.1)

A. CALDARELLA, A. CORBINELLI, T. INTRIERI,
L. NEMCOVA, G. MANNESCHI

UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva,
ISPO Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica

mentre nelle più giovani, dove il tasso di incidenza di questo tipo di tumori è comunque inferiore, il trend appare in diminuzione, con valori non

significativi statisticamente. La prevalenza di sovrappeso ed obesità nelle donne in età peri e postmenopausale, accanto all'utilizzo di terapie ormonali sostitutive,

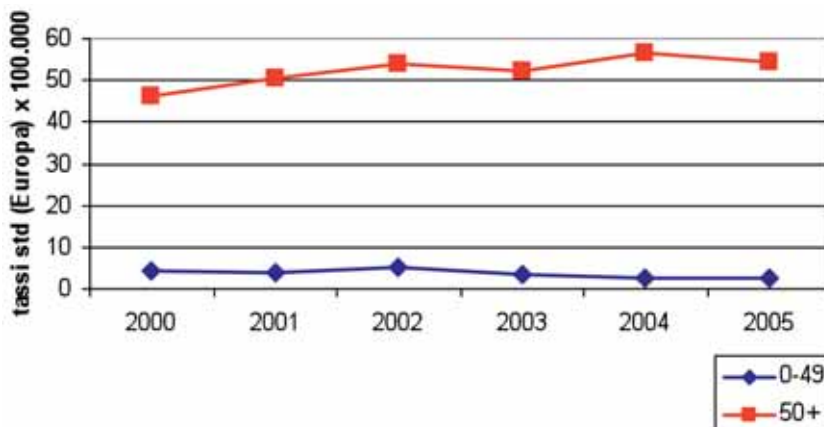
soprattutto per quanto riguarda alcuni paesi europei, e le modifiche nei comportamenti riproduttivi femminili avvenute negli ultimi anni sono state considerate responsabili almeno in parte dell'aumentata incidenza, suggerendo un'importanza crescente del tumore del corpo uterino in futuro per le donne in questa fascia di età.

Bibliografia

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

TM

**Registro Tumori Regione Toscana:
tumore del corpo dell'utero, trend di incidenza per età**



Metodi: Sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (www.ispo.toscana.it) relativi alle province di Firenze e Prato. La standardizzazione per età è stata effettuata con il metodo diretto utilizzando la popolazione standard europea. La variazione media annuale dei tassi (APC) viene calcolata adattando ai dati una retta di regressione dei minimi quadrati sul logaritmo naturale dei tassi, utilizzando l'anno di calendario come variabile di regressione, secondo la procedura del software SEER*Stat 6.1

Una scelta attuale per
una terapia al passo con i tempi



Gli originali

La certezza di una Informazione Scientifica qualificata.
Attività degli ISF impegnati negli "Originali Pfizer".
La certezza di una attenzione ai budget.

Il farmaco equivalente non è mai perfettamente uguale
al prodotto imitato, ma solo "essenzialmente simile"

Core 2003;2:30-2

Gli originali **Pfizer**

CARDIOVASCOLARE

NORVASC
amlodipina besilato

CARDURA
doxazosin

Esapent
acido etilico e acido glicolico

Fragmin
dalteparina sodica

IBUSTRIN
indobufene

Accuprin
dumiprin

ACCURETIC
dumiprin cloridrato

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Zoloft
sertralina

Xanax
alprazolam

Halcion
triazolam

SERMION
nicergolina

EDRONAX
reboxetina

ANTIBATTERICI

ZITROMA
Aztitromicina

DIFLUCAN
fluconazolo

Zimox
amoxicillina triidrato

LINCOCIN

AMPLITAL

CLEOCIN
clindamicina fosfato

DALACIN
clindamicina

DALACIN-T
clindamicina

FANS

FELDENE Family
piroxicam

CORTICOSTEROIDEI

Medrol Family
metilprednisolone

INTEGRATORI

Neovis flu

Neovis PLUS





Il grande cocomero

di Francesca Archibugi

Il grande cocomero (1993) è il terzo film, dopo *Mignon è partita* (1988) e *Verso sera* (1990), di Francesca Archibugi. Nata a Roma nel 1960, diplomata al Centro Sperimentale di Cinematografia, poi allieva di Ermanno Olmi, l'Archibugi è regista molto sensibile al mondo dell'infanzia e dell'adolescenza, che narra con pudica partecipazione e sapendo equilibrare sapientemente i momenti commoventi con quelli divertenti.

Il titolo de *Il grande cocomero* è ripreso dal modo con cui Linus, uno dei Peanuts di Charles Schultz, chiama il mitico personaggio che dovrebbe rendersi visibile ai suoi occhi nella magica notte di Halloween. La vicenda del film è ispirata all'opera di quel bravo medico umanista, troppo presto scomparso, che fu Marco Lombardo Radice, classe 1948, militante sessantottino, romanziere di successo (scrisse, con Camilla Ravera il famoso "Porci con le ali", libro simpaticamente sporcaccione), poi neuropsichiatra infantile all'Università di Roma. La postuma raccolta dei suoi scritti saggistici, intitolata "Una concretissima utopia", contiene verità come questa: "Da un punto di vista umano e terapeutico ciò che conta veramente è la capacità di sentire correttamente la richiesta profonda del paziente e di rispondere ad essa". Fu fondatore della Associazione per il sostegno e il trattamento dei minori con problemi psicologici e psichiatrici e morì, nel 1989, a soli quarantun anni. Uno di quei medici, insomma, che donano orgoglio alla professione e i cui scritti andrebbero consigliati, come manuale di riflessione per gli studenti, in qualunque Facoltà di Medicina che intenda formare medici umanisti e non semplicemente indottrinare banali iatrotecnici.

Il film narra di una dodicenne, Valentina detta Pippi, figlia di due persone arricchite ma culturalmente ed emotivamente povere, che ha avuto una crisi convulsiva e viene perciò ricoverata, con iniziale diagnosi di epilessia, nel reparto di neuropsichiatria infantile diretto da Arturo (Sergio Castellitto), un giovane specialista che si è appena, e dolorosamente, separato dalla moglie. Egli prende in cura la ragazzina ed è colpito dai suoi atteggiamenti ombrosi, che soltanto marginalmente appaiono avere a che fare con una sofferenza di natura esclusivamente epilettica. Pippi è scontroso e ce l'ha con tutti ma in particolare con i suoi genitori. Arturo decide di tentare una terapia analitica, non convenzionale, fondata sul legame amicale e sulla reciproca fiducia tra medico e paziente, ritenendo che soltanto in un simile scenario affettivo la malattia di Pippi possa essere

compresa e curata. La ricerca dei sentimenti che curano e guariscono costa fatica, incertezza, travaglio interiore di natura professionale ma anche personale. Perciò i momenti cruciali della relazione tra i due personaggi, il medico e la bambina, sono, nella prima parte del film, quelli in cui si verificano

delle crisi tra loro, quando emergono le incomprensioni, quando Arturo diventa sempre più dubitoso circa la bontà della strategia assistenziale e terapeutica che sta seguendo. Ma pian piano Pippi, che nella sua malattia e nella sua scontroso aveva trovato un rifugio e una corazza rispetto alla mancanza di comunicazione e d'amore dei suoi genitori, alfine si apre, chiede di rendersi utile in reparto e si mette ad assistere assiduamente e con notevole competenza relazionale una piccola cerebrolesa di sei anni. La sua morte provoca l'ultima crisi di Pippi ma alla fine ella ne uscirà diversa, più forte, più serena. Anche Arturo esce migliorato, meno incerto e più saldo, da questa esperienza e anche i genitori di Pippi si decidono alfine alla separazione, rinunciando a continuare a prendere la malattia della figlia quale alibi per restare assieme seppur di malavoglia. Insomma, il film mostra che una malattia non è mai – e tanto meno quando il paziente è un bambino – soltanto un problema del malato bensì, anche, del contesto e che la guarigione dell'uno dipende anche dalla guarigione dell'altro e viceversa.

TM





La pensione di reversibilità dei medici dipendenti

La pensione di reversibilità è il trattamento che alla morte del lavoratore spetta ai suoi superstiti. La **pensione indiretta ordinaria** è quella spettante ai superstiti dell'iscritto deceduto in attività di servizio.

Distinguiamo due condizioni:

A) Iscritto che muore in attività di servizio avendo maturato una contribuzione di almeno 15 anni:

- ai superstiti spetta la pensione indiretta.

B) Iscritto che sia cessato dal servizio senza aver conseguito il diritto a pensione, ma che abbia maturato almeno 15 anni di contribuzione, e che deceda nel triennio successivo:

- ai superstiti spetta comunque il diritto alla pensione indiretta.

Dal 1996 il diritto al trattamento viene, consentito anche quando l'iscritto alla data del decesso, avvenuta in servizio, sia in possesso di una anzianità contributiva di 5 anni di cui almeno 3 nell'ultimo quinquennio.

La **pensione di reversibilità ordinaria**, si concretizza quando l'iscritto, al momento del decesso, sia già titolare di un trattamento di pensione diretta d'anzianità, di vecchiaia ovvero di invalidità.

Ne usufruisce il **coniuge**, per il quale non è richiesta nessuna condizione oggettiva ai fini del conseguimento del diritto al trattamento di pensione indiretta. In particolare sono stati dichiarati incostituzionali tutti precedenti limiti riguardanti la differenza d'età tra i coniugi e la durata del matrimonio.

Il diritto è valido inoltre per il **coniuge separato**, anche con addebito della colpa, nel qual caso il conseguimento del diritto alla pensione è condizionato dal possesso dell'assegno alimentare, ai sensi dell'articolo 5 della legge 898 del 1970, e dal non aver contratto nuove nozze.

Nel caso di **coniuge divorziato** devono ricorrere le seguenti condizioni: sia titolare d'assegno di divorzio (alimentare); non sia passato a nuove nozze; la data d'inizio del rapporto assicurativo del pensionato, ovvero dell'assicurato, sia anteriore alla data della sentenza che pronuncia lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili del matrimonio; non esiste coniuge superstite.

Il trattamento spetta per specifica sentenza

del Tribunale competente e per quota al coniuge divorziato anche nell'ipotesi in cui il defunto abbia contratto nuovo matrimonio ed il coniuge sia ancora in vita.

Hanno diritto i **figli ed equiparati** (legittimi, legittimati, adottivi, naturali, riconosciuti

legalmente o giudizialmente dichiarati, nati da precedente matrimonio dell'altro coniuge) che alla data del decesso siano a carico del genitore e minori di 18 anni, ovvero studenti di scuola media superiore o professionale fino al 21° anno d'età o studenti universitari in corso legale di studi e comunque non oltre il 26° anno d'età.

Il trattamento è attribuito anche ai **figli inabili** a carico del lavoratore defunto.

In mancanza del coniuge e dei figli, ovvero se pur esistendo non ne hanno diritto, la pensione spetta ai **genitori** con almeno 65 anni d'età che non siano titolari di pensione diretta o indiretta e che siano a carico del lavoratore deceduto. A particolari condizioni la pensione è attribuibile ai **fratelli** e alle **sorelle**.

Le quote della pensione di reversibilità

Coniuge: il 60% della pensione diretta del titolare.

Ciascun figlio: il 20%, se c'è anche il coniuge, per un massimo del 100% della pensione del titolare.

Un solo figlio superstite (minore, studente o inabile): il 70%.

Le riduzioni per reddito del superstite

Ridotta del 25% se si ha un reddito superiore a 3 volte il minimo Inps (da 17.869,40 euro a 23.826,40) ridotta del 40% se si ha un reddito superiore a 4 volte il minimo Inps (da 23.826,40 euro a 29.783,00).

Ridotta del 50% se si ha un reddito superiore a 5 volte il minimo INPS (da 29.783,00 euro).

N.B.: Questa regola non vale se sono contitolari i figli minori, studenti o inabili.

L'importo del trattamento minimo annuo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti, preso a riferimento, è per il 2009 di euro 5.956,60.

Le pensioni di reversibilità dell'ENPAM

La **pensione di reversibilità** ai superstiti è inerente al decesso dell'iscritto, già pensionato, e decorre dal mese successivo al decesso.

CLAUDIO TESTUZZA

Medico Chirurgo, esperto in Previdenza, Roma

La prestazione consiste in un'aliquota della pensione in godimento all'atto del decesso.

La **pensione indiretta** ai superstiti è erogata in caso di decesso dell'iscritto in costanza di contribuzione al Fondo, dal mese successivo al decesso.

La prestazione erogata consiste in un'aliquota della pensione di invalidità che sarebbe spettata al medico ove fosse divenuto invalido al momento del decesso.

Sono considerati superstiti il coniuge e i figli infraventunenni ovvero infraventiseienni se studenti e, in loro assenza, ascendenti e collaterali a carico.

Le aliquote sono:

Solo coniuge 70%

Coniuge + un figlio 60% + 20%

Coniuge + 2 o più figli 60% + 40%

Solo un figlio 80%

Due figli 90%

Tre o più figli 100%

In caso di decesso prima del compimento dei sessantacinque anni di età dell'iscritto cancellato o radiato dagli Albi professionali, che abbia maturato cinque anni di anzianità contributiva, spetta un'aliquota del trattamento di pensione ordinario che sarebbe spettato al sanitario stesso.

Al coniuge superstite che cessa dal diritto a pensione per aver contratto un nuovo matrimonio spetta un assegno una tantum pari a due annualità della sua quota di pensione.

I contributi vengono restituiti al raggiungimento dei sessantacinque anni di età quando, in tale data, in costanza di iscrizione, si abbiano meno di cinque anni di anzianità contributiva o in caso di cancellazione si abbia un'anzianità contributiva inferiore a quindici anni.

Viene restituita un'indennità formata dall'88% dei contributi versati, accresciuti dagli interessi composti al tasso del 4,50%.

In caso di morte di un sanitario, con meno di cinque anni di anzianità contributiva e già cancellato o radiato dagli Albi professionali, l'indennità viene liquidata ai superstiti con le stesse aliquote previste per le pensioni indirette o di reversibilità.

I trattamenti di reversibilità erogati dall'ENPAM non sono soggetti ad alcuna riduzione in caso di redditi dei superstiti.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: espertest@libero.it

TM

Lettere al direttore

Toscana Medica 3/10



Fast Track Surgery = Enhanced recovery after surgery (ERAS)

Fast Track Surgery: una precisazione

Le parole hanno la capacità di evocare concetti o immagini a volte sbagliati.

Fast track surgery in inglese esprime la sintesi di una metodologia.

La traduzione italiana richiama l'immagine di un "qualche cosa che viene tolto ai pazienti" per "abbreviare" e risparmiare rispetto al regime ordinario. In Inghilterra *Fast Track Surgery* è uguale a *Enhanced recovery after surgery* (ERAS).

Se pensiamo a *Enhanced recovery after surgery* la traduzione in italiano corrisponde a "recupero migliore dopo chirurgia" quindi significa "migliorare il decorso post-operatorio".

Migliorare il decorso post-operatorio è una naturale evoluzione, un naturale progresso, del trat-

tamento medico-chirurgico del decorso post-operatorio, utilizzando moderne basi scientifiche delle conoscenze specifiche.

FELICE APICELLA

Chirurgo generale e toracico, SC Chirurgia Generale, Ospedale San Giovanni di Dio, Asf10, Firenze

Il risultato è una riduzione della morbidità post-operatoria e della degenza ospedaliera ma è anche un aumento del numero degli interventi chirurgici per un rapido turnover dell'utilizzo dei letti ospedalieri della chirurgia. Il tutto permette una programmazione migliore, più differenziata ed una utilizzazione delle risorse economiche più mirata.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: apicellafelice@yahoo.com

TM

Neuroschiavi: l'impatto della scienza sulla libertà mentale

Pubblichiamo volentieri le opinioni del collega Catola, con lo scopo di aprire un dibattito sul tema.

I più recenti ritrovati scientifici e tecnologici minacciano la nostra libertà psichica, sia come singoli, sia come società? Possono essere usati per ottenere *compliance*, in alternativa ai metodi democratici? Causano disturbi psichici e neurologici? Un tema di pressante interesse per i medici.

Ora il balzo in avanti delle neuroscienze e del neuroimaging ha apprestato strumenti in grado di agire sul sostrato organico, di “parlare ai neuroni”, di esercitare un influenzamento generale sui processi neurali e neurotrofici, sui nuclei profondi del cervello. Particolare rilievo assumono le scoperte, peraltro non molto note fuori degli ambienti specialistici, circa il fatto che l'interazione tra i neuroni è assai più complessa del meccanismo sì/no del potenziale di azione, comprendendo anche fattori di modulazione d'onda, trascinamento, risonanza, sui quali, appunto, campi e onde elettromagnetici possono esercitare sicuramente un'azione di stimolazione o inibizione generica e diffusa, ma suscettibile di essere mirata anatomico-funzionalmente. In altre parole, ad esempio, sembra possibile, mediante irradiazione elettromagnetica non letale, sedare folle di dimostranti o rivoltosi o in truppe nemiche. O indurre stati confusionali. Oppure indurre stati di allarme, tensione, malessere, anche mediante stimolazioni a base di infrasuoni.

Non possiamo comprendere la manipolazione mentale e neurale basandoci sulla concezione popolare, o teoria ingenua, della mente, secondo la quale la mente sarebbe conscia dei propri processi cognitivi e motivazionali, libera dai processi fisiologici, capace di una razionalità oggettiva e universale, e in grado di percepire oggettivamente il mondo, i propri interessi, le regole, etc. Questa teoria ingenua (alimentata dal fatto che la mente conscia è ovviamente occupata dal pensiero conscio, quindi non si accorge normalmente di quello inconscio) è quella su cui si basa la concezione moderna, liberale della democrazia, del diritto, della politica. Una teoria del XVIII Secolo, che, a suo tempo, operò progressi, ma che ora risulta pericolosamente ingenua, perché impedisce di capire ciò che sta avvenendo nel mondo e di proteggersi dalla manipolazione e dall'attacco ai propri diritti. Le scienze cognitive e neurofisiologiche hanno oramai dimostrato che l'essere umano funziona,

come singolo e ancor più in gruppo, come società, in modo estremamente diverso, quasi opposto:

- la quasi totalità del funzionamento psichico è inconscia (parliamo di inconscio cognitivo, beninteso, non “psicoanalitico”); apprendimento, giudizio, ragionamento, decisione possono sovente

avvenire inconsciamente;

- il funzionamento psichico è inseparabile, se non tutt'uno, rispetto ai processi materiali (biochimici e biofisici), dai quali dipendono anche la formazione, il consolidamento, la dissoluzione, il mutamento di schemi di comportamento e giudizio, di fedeltà, valori, identificazioni.

- le funzioni cognitive e quelle emotive (emozioni, sentimenti, umore) interagiscono; non si dà cognizione senza attivazione emotiva;

- su tali processi biologici ed emotivi è possibile esercitare un'azione condizionante dall'esterno, all'insaputa del conscio, mediante somministrazione di suggestioni, stress (privazioni di sonno, cibo; affaticamento; condizionamenti classici e operanti), traumi ripetuti e protratti, sostanze chimiche, suoni, onde elettromagnetiche, producendo anche disturbi permanenti;

- la coscienza critica, l'esame di realtà, le facoltà metacognitive (l'azione cioè della corteccia prefrontale) possono essere sopraffatte da un eccesso di stress (*surge* di cortisolo, sua azione sull'amigdala) oppure disattivate e bypassate (decognizione) da apposite suggestioni affettive, religiose, ideali (induzione di stati alfa, rilascio di dopamina, endorfine, ossitocina etc.);

- possono però anche proteggersi con misure preventive generali (diversificazione dei legami socio-affettivi, dei riferimenti etico-culturali) e specifiche-contestuali da adottarsi quando si è sottoposti a un (possibile) tentativo di condizionamento (tattiche di stop-and-think, emotional standback, reality check);

- possono inoltre rafforzarsi e svilupparsi con determinati metodi ed esercizi, messi a punto a fini anche terapeutici (psicoterapia cognitiva mediante integrazione delle facoltà metacognitive); possono ampliare l'area, di pensiero riflessivo (consapevole) rispetto a quello “riflesso”, ossia automatico, guidato da circuiti neurali operanti inconsciamente, e inconsciamente costituitisi.

UGO CATOLA

Dirigente medico neuropsichiatra Ausl 11 Empoli

Insomma, la mente può difendere e ampliare la propria libertà contro le molteplici azioni manipolatorie da cui è attaccata, ma solo se fa i conti con la realtà, le debolezze, i limiti, i condizionamenti organici del suo proprio funzionamento, e impara a lavorare su di essi, uscendo da concezioni ingenuie e confutate di tipo filosofico o teologico.

In effetti, come già scoperto da Ivan Petrovich Pavlov nei primi anni '20, un trauma sconvolgente può produrre una vasta dissoluzione di schemi comportamentali, di gusti, di riflessi condizionati, e anche un'inversione dei medesimi. Oggi sappiamo che ciò è dovuto al fatto che alcuni fattori, come i traumi estremi, ma anche altri eventi, producono la secrezione di neuromediatori che dissolvono più o meno

estesamente le sinapsi, i circuiti neurali, eliminando così i vecchi schemi, valori, riflessi, e consentendo la formazione di nuovi, il ri-condizionamento. Quell'estesa dissoluzione di reti neurali, prodotta volontariamente, è ciò che comunemente si chiama "lavaggio del cervello", o "brainwashing".

Il ricondizionamento con questo metodo è avvenuto e avviene in ambito ideologico, religioso, militare, giudiziario e politico. In questi casi è intensamente praticata la *shock-and-awe doctrine* (già raccomandata da Niccolò Machiavelli ne *Il Principe*), ossia traumatizzare, sgomentare la popolazione con minacce reali o costruite, come terrorismo e pandemie, per ridurre la sua capacità critica, spingerla entro opportuni stereotipi o *frames*. **TM**

Un problema importante: i limiti dello screening

Gentile Direttore,

non concordo con il dr. Apicella che, in un suo articolo pubblicato sul Toscana Medica di gennaio 2010, propone l'estensione dello screening mediante ricerca del sangue occulto fecale fino a 85 anni. Vi è un fondo di verità ma non del tutto convincente.

La storia naturale del carcinoma del colon retto prevede, secondo un modello che sembra essere quasi la regola, un progresso attraverso varie fasi, ognuna caratterizzata da diverse lesioni, sempre più avanzate. Da adenoma semplice a adenoma avanzato, poi ad adenoma cancerizzato, poi a carcinoma precoce e infine a carcinoma avanzato. Il processo è molto lungo e copre complessivamente almeno 20 anni, probabilmente di più.

I carcinomi avanzati in ottantenni, di cui parla Apicella, 15 anni prima erano adenomi semplici o adenomi avanzati e potevano essere scoperti precocemente mediante sangue occulto fecale, e trattati prevenendo l'insorgenza di carcinoma.

Se è corretto protrarre lo screening dai 50 ai 70 anni, considerando che l'aspettativa di vita media (15 anni) è più o meno pari al tempo che richiede la progressione da adenoma a carcinoma, non è convincente eseguire lo screening a 80 o 85 anni: a quella età infatti:

- se il soggetto ha regolarmente fatto lo screening dai 50 ai 70 anni la probabilità di trovare una lesione cancerosa è minima, data l'elevata sensibilità del SOF ripetuto e la precedente bonifica degli adenomi;

- se il soggetto non ha mai fatto lo screening o ha già un carcinoma avanzato, e quindi è tardi, o ha adenomi che non avranno il tempo di progredire fino a carcinoma per motivi di aspettativa di vita.

Ma c'è di più. Il sangue occulto fecale è spesso falsamente positivo in modo crescente con l'età,

sia per la maggiore frequenza di adenomi, sia per la maggiore frequenza di patologia benigna sanguinante e di micro sanguinamento fisiologico. Lo screening a questa età, genererebbe un eccesso di falsi positivi, che a loro volta comporterebbero un eccesso di colonscopie. Sempre che siano tollerate nei soggetti anziani, le colonscopie saranno associate ad un maggiore rischio di complicanze (ad es. perforazioni) che aumentano con l'età.

Ancora di più: che fare dei numerosi adenomi, più o meno avanzati, che certamente la colonscopia scoprirà? Dubito che, forse saggiamente, si rinunci a trattarli, anche se la probabilità che progrediscano a cancro è sostanzialmente nulla. Si asporteranno, a volte nel corso dell'endoscopia diagnostica se piccoli, o con una ulteriore colonscopia operativa se più voluminosi, o magari con una resezione di ansa, se molto voluminosi. E non sto parlando di carcinoma iniziale, anche quello a rischio molto basso di dare fastidi. Siamo sicuri che tutti questi interventi di minima o nulla utilità non avranno conseguenze negative (le hanno nei 50-70enni), magari più negative perché in ottantenni?

L'idea di protrarre lo screening oltre i 70 anni non ha prove in suo favore. Ad esempio sembra ampiamente dimostrato che per la prevenzione del carcino-

STEFANO CIATTO

Radiologo, Firenze

ma cervicale, anche quello evolvente secondo un modello simile al carcinoma coloretale, uno screening protratto e ripetutamente negativo fino ai 50 anni ha già ottenuto il massimo risultato ottenibile, invece di continuare fino a 64 anni, come attualmente raccomandato. Preoccupiamoci piuttosto di raggiungere una buona copertura della popolazione dai 50 ai 70

anni, e soprattutto convinciamo la popolazione a partecipare (la partecipazione è ancora lungi dall'essere ideale): in una popolazione completamente coperta e aderente allo screening dai 50 ai 70 anni l'evento di un carcinoma avanzato a 80-85 anni diventerà una rarità.

TM

Nucleare sì e nucleare no

Con molto interesse ho letto, sul numero di dicembre di Toscana Medica, l'opinione espressa dal sig. Mathias Tiede sulla fonte energetica nucleare, in antitesi con il precedente intervento, pure riportato su Toscana Medica 2/09, della Dottoressa Kunz. Questa diversità di opinioni è radicata nel nostro Paese. Un sondaggio effettuato il 6.2.2006 dal 2° programma televisivo RAI ha indicato nel 68% la percentuale di italiani favorevoli alla ripresa del nucleare, e nel 32% la percentuale dei non favorevoli. Siamo ben lontani dai dati emersi dal referendum dell'8 novembre 1987, unico proposto nel mondo, conseguente all'episodio di Chernobyl.

Proprio per quanto riguarda Chernobyl credo che sia finalmente opportuno puntualizzare che l'incidente del 26 aprile 1986 ebbe luogo per alcune cause specifiche che non trovano alcuna corrispondenza nelle altre centrali nucleari attive: e tanto meno in quelle in programmazione. Cito solo per sommi capi: a) errori progettuali: notevole presenza di grafite anche nelle barre di controllo, lentezza di inserimento delle barre di controllo, errato raffreddamento degli elementi combustibili, ecc.; b) incompetenza specifica del personale addetto; c) comportamento irresponsabile del personale nell'esecuzione dell'esperimento indotto; d) insufficienza di mezzi dosimetrici e di controllo tecnico; e) scarsità di mezzi di protezione individuale.

Un altro incidente è stato indicato agli effetti della pericolosità nucleare: quello di Three Mile Island del 28.3.1979. Esso fu dovuto pure ad una carenza di controllo dell'impianto di refrigerazione e ad una certa inadeguatezza tecnica del personale. Ma la dose media di radiazioni ricevuta dalle persone dislocate entro 16 km dalla centrale fu di 8 mrem, come per una radiografia del torace. E la dose massima ricevuta fu di 100 mrem, pari ad 1/3 della radiazione annuale da fondo naturale!

Le circa 440 centrali nucleari attive attualmente nel mondo, purché gestite tecnicamente in modo adeguato, non presentano nessuno di questi fattori negativi; ed i circa 30 reattori in programmazione specialmente nei Paesi orientali, come ad esempio in India ed in Cina (Notiziario ANPEQ n°59 A.XXI n.2) hanno conferito un'attenzione assolutamente particolare alla sicurezza programmatica degli impianti, che li rende particolarmente sicuri anche dal

punto di vista radiologico. Ciò fa sì che attualmente gli equivalenti di dose efficace medi annuali derivanti da sorgenti di radiazioni naturali ed artificiali nell'uomo sono attribuibili per il 70% alla radioattività naturale (cosmica, terrestre), per il 28% agli interventi medici, per il 2% a fonti varie di origine lavorativa, per lo 0,1% all'industria nucleare.

Il problema più dibattuto è quello delle scorie radioattive. In realtà, negli ultimi tipi di reattori nucleari, quelli cosiddetti di 3^a generazione, la quantità di scorie è alquanto limitata e costituita soprattutto da materiale radioattivo a rapido decadimento. Nei reattori cosiddetti di 4^a generazione poi, quelli destinati alla futura produzione energetica, le scorie verranno addirittura riutilizzate; per cui il problema dello smaltimento verrà praticamente risolto. Non c'è dubbio, comunque, che il problema va studiato a fondo, come hanno fatto già le altre Nazioni mondiali dotate di alto numero di reattori nucleari (104 centrali negli U.S.A., 59 in Francia, 55 in Giappone, 31 in Russia, 19 in Inghilterra, 17 in Germania ecc., solo qualche anno fa).

L'opzione nucleare, dunque, non può né deve essere sistematicamente e superficialmente ripudiata; specialmente in quelle nazioni, come la nostra, che dipendono in modo determinante dall'estero. "Il Manifesto" del gennaio 2006 rilevava che solo il 16% del nostro fabbisogno di gas naturale è di produzione nazionale; il rimanente proviene dalla Russia (36%), dall'Algeria (35%) ecc. ed il percorso dei gasdotti è soggetto perciò anche a querelle internazionali, come è recentemente accaduto. Il petrolio (il cui 63% è prodotto nei Paesi del Golfo Persico) ci proviene dall'Iran e dalla Libia, è suscettibile talora di non pochi problemi politici. L'8% della nostra energia elettrica poi è legata al carbone la cui produzione nazionale è irrisoria ed il suo impatto ambientale è il più pericoloso.

Restano le fonti alternative. L'energia eolica con tutte le conseguenti problematiche ambientali già insorte nella nostra popolazione; nel 2007 l'energia eolica ha rappresentato solo lo 0.8% del nostro fabbisogno energetico. L'energia fotovoltaica, certamente utile per le utilizzazioni familiari, ma non per quelle industriali se si pensa che i pannelli fotovoltaici producono 1 kw ogni 9 mq di superficie. Rizzo e Stella hanno rilevato che per soddisfare il nostro fabbisogno elettrico servirebbe una copertura pari

MARIO PULCINELLI

Medico nucleare Firenze

a 2 volte la superficie della Sardegna! La fonte geotermica che, a parte fenomeni naturali come quelli di Larderello, richiederebbero perforazioni geologiche profonde alcune centinaia di metri; a Gross Schoenebeck in Germania si è giunti fino a 4,3 km di profondità (G. Barin - Internet del 24.1.2006). La fonte idroelettrica, la cui collocazione è limitata alle zone ricche di acqua naturale, pressoché assenti nel centro-sud della nostra Penisola. Infine le biomasse con l'impiego di biovalorizzatori, una fonte energeti-

ca che, nonostante l'opposizione di una parte della popolazione, merita accurato studio tecnologico con considerevole prospettiva futura.

Non si può dunque rifiutare a priori la fonte energetica nucleare.

Perché in Italia non si può programmare, come in ogni Paese civile, una soluzione energetica moderna e valida, come quella nucleare? La risposta è affidata a ciascuno di noi.

TM

Libri ricevuti

Toscana Medica 3/10



1999-2008. Il Consiglio Sanitario Regionale. Dieci anni di governo clinico in Toscana

Pacini Editore

Il Consiglio Sanitario Regionale da oltre 10 anni per volere della Giunta Regionale toscana, lavora per fornire ai politici pareri tecnici in tema di Sanità pubblica. In questi anni la mole di lavoro svolto è stata enorme ed altissimo il numero di pareri elab-

borati dai gruppi di lavoro specialistici. Molti e qualificati gli interventi contenuti nel volume al quale è abbinato un CD contenente tutti i pareri espressi dal CSR dal 1999 al 2008.

Simone Pancani

Manuale di mediazione familiare. Proteggere i figli nella separazione

Corrado Bogliolo, Anna Maria Bacherini

Franco Angeli

Uno psichiatra ed una psicologa-psicoterapeuta affrontano la tematica lacerante della separazione della coppia con particolare riguardo alla inevitabile salvaguardia dei minori che, loro malgrado, si trovano ad essere protagonisti in questo triste scenario. Dopo la fine di un rapporto di coppia molto spesso sono infatti i figli a subire le conseguenze più

traumatiche e difficilmente gestibili della situazione venutasi a creare. Libro adatto a chi si voglia avvicinare o intenda approfondire i problemi complessi della mediazione familiare, non necessariamente in un'ottica puramente professionale.

Simone Pancani

La molecola di Dio, saggio sul pensiero umano

Sergio Galluzzi

Edizioni "I libri di Emil"

E' un breve saggio che tenta di rispondere alla domanda su come si formi il pensiero in una visione evolutiva e neurofisiologica e che definisce la specificità dell'uomo nella capacità di pensare. La vita e tutte le azioni degli uomini sono un pro-

dotto, buono o cattivo, del cervello. Come ciò possa accadere e come sia filo-geneticamente determinato è forse la più intrigante questione che l'uomo possa porre a se stesso e che l'autore affronta tentando, arditamente, qualche risposta.

Antonio Panti

La Riforma Brunetta. Implicazioni giuridiche e operative nella sanità pubblica

Luca Benci

Editore Mc Graw Hill

La riforma Brunetta del pubblico impiego è entrata in vigore alla fine del 2009. Questo libro, con grande tempestività, affronta le sue ricadute all'interno di uno dei settori coinvolti, la sanità pubblica, con una articolata disamina delle norme applicabili e della loro integrazione con leggi e contratti esistenti e precedenti, illustrando anche la parte demandata alla potestà regionale.

L'analisi svolta dall'autore non manca di sottolineare il fatto che la riforma è stata pensata per il comparto dei ministeriali e per questo la sua applica-

zione in contesti profondamente diversi, come quello della sanità, non ne rende spesso agevole la lettura.

In ogni caso emergono alcuni aspetti che connotano la riforma: una decisa "centralizzazione" delle disposizioni e la fine del sistema di relazioni sindacali nel pubblico impiego basato sulla concertazione. Insomma, dopo anni di tentativi di privatizzazione del rapporto di lavoro pubblico, sembra oggi riaprirsi la strada verso una nuova stagione di "ri-pubblicizzazione" del rapporto di lavoro.

Giovanni Morrocchesi

Il Sé spezzato. Psicologia della lesione spinale traumatica

Gioia Gorla

Edizioni Magi

Il confronto di una psicologa e psicoterapeuta di formazione psicoanalitica con una realtà dura e di pesantissimo impegno. Gioia Gorla parla in questo libro del suo rapporto con i pazienti portatori di lesioni spinali traumatiche, persone, molte volte ancora giovani, che in una frazione di tempo spesso piccolissima, si trovano all'improvviso involontari protagonisti del mondo di una disabilità drammatica e quasi invariabilmente definitiva. In un attimo tutto per loro deve essere messo in discussione e tutto deve essere reimparato, dal rapporto con il proprio corpo alle relazioni con gli altri, dalla gestione psicologica dell'avvenuto al modificato svolgimento di comuni attività quotidiane come muoversi, lavarsi, vestirsi, espletare le normali funzioni corporali. In questi soggetti, per ovvii motivi, il supporto psico-

logico appare di fondamentale importanza, insieme a quello fornito ai loro parenti ed amici. L'Autrice riempie con competenza e sensibilità un vuoto che ancora nel nostro Paese condannava questo tipo di intervento terapeutico ad un immeritato silenzio. Scrive Gorla che al termine della sua prima visita all'Unità Spinale del CTO di Firenze si domandò turbata "che cosa potesse fare uno psicologo di fronte alla realtà del trauma che aveva irrimediabilmente colpito il corpo dei ricoverati in cui una pesante alterazione della funzionalità corporea aveva come spezzato la loro vita". La risposta a questa più che legittima domanda, forse, si riesce a trovarla alla fine del libro, dopo avere conosciuto personaggi e scenari descritti con scienza ed umana comprensione.

Simone Pancani

Neurosciavi L'impatto della scienza sulla libertà mentale

Paolo Cioni e Marco Della Luna

Macro Edizioni, 2009

Il più recenti ritrovati scientifici e tecnologici minacciano la nostra libertà psichica, sia come singoli, sia come società? Paolo Cioni e Marco Della Luna hanno scritto un saggio sulle tecniche di manipolazione mentale, che approfondisce le tecniche di condizionamento dei singoli e delle masse, alla luce dei progressi della scienza. Se la tradizionale propaganda politica e la tradizionale pubblicità commerciale si rivolgevano alla parte conscia della psiche, l'evoluzione della ricerca psicologica ha successivamente consentito di "parlare" direttamente all'inconscio (scuola della Motivational Research) e di attivare processi di condizionamento subipnotici. Ma ora il

balzo in avanti delle neuroscienze e del neuroimaging ha apprestato strumenti in grado di agire sul sostrato organico, di "parlare ai neuroni". Particolare rilievo assumono le scoperte circa il fatto che l'interazione tra i neuroni è assai più complessa del meccanismo del potenziale di azione, comprendendo anche fattori di modulazione d'onda, trascinamento, risonanza, sui quali, appunto, campi e onde elettromagnetici possono esercitare sicuramente un'azione generica e diffusa, ma suscettibile – sostengono gli autori – di essere mirata anatomo-funzionalmente.

Ugo Catola



Sottoponiamo periodicamente ai colleghi lettori di Toscana Medica, ai fini dell'informazione e della riflessione, alcuni casi disciplinari paradigmatici che il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ha discusso e talora sanzionato.

Guardia medica e visite domiciliari

Il caso

All'una di notte, una guardia medica è chiamata dai genitori di un ragazzo 23 anni, affetto da fibrosi cistica, portatore di un pregresso trapianto plurior-gano, che presenta febbre e malessere generale. Il collega ritiene che – nonostante gli venga chiesto espressamente di “dare un'occhiatina al figlio” - sia sufficiente somministrare prima una Tachipirina. I familiari richiamano tre quarti d'ora dopo dichiarando la persistenza della febbre, ma il collega sostiene che non sia passato il tempo necessario perché il paracetamolo abbia fatto il suo effetto. Si raccomanda però di richiamarlo dopo circa mezz'ora dalla seconda telefonata per eventuali ulteriori necessità. I genitori però non richiamano.

Di fatto, verso le 4 del mattino, previa consultazione di uno specialista, essi convengono di portarlo all'ospedale: lo faranno la mattina successiva con urgenza. In ospedale viene diagnosticata una sepsi generalizzata di origine polmonare e dopo alcune settimane il ragazzo muore. Per questo fatto, la famiglia denuncia il medico di guardia.

Il parere del medico

Il medico di guardia sostiene che i genitori l'avevano informato circa il trapianto effettuato tre anni prima, senza però dirgli che qualche mese dopo c'era stata una crisi di rigetto. In più ammette di non aver suggerito egli stesso di inviare il giovane all'ospedale, perché confidava di essere richiamato se le condizioni fossero peggiorate.

Il parere del giudice

Il giudice sostiene che il medico di guardia abbia sottovalutato “in maniera negligente e imperita i sintomi lamentati e il pregresso quadro clinico di cui era stato messo a conoscenza”, rifiutandosi di intervenire con urgenza e di compiere un atto che doveva essere compiuto senza ritardo, facendo in modo che “il quadro clinico del paziente si aggravasse senza adozione tempestiva di terapie adeguate, fino a quando si rendeva necessario un ricovero con urgenza nella mattinata successiva, in relazione a una patologia infiammatoria che pochi giorni dopo portava il paziente alla morte”.

Non emergendo comunque consequenzialità eziologia fra il mancato intervento della guardia medica e la morte del paziente, il pubblico ministero ha proceduto contro il collega “per l'omissione di un intervento domiciliare”.

Il parere dell'Ordine

Nel caso in oggetto, il collega avrebbe potuto tenere un atteggiamento più prudente a salvaguardia della salute del paziente. Infatti, una volta informato dei fatti, avrebbe dovuto assicurargli una visita domiciliare che avrebbe consentito di inquadrare meglio il problema, avviando da subito un trattamento medico efficace.

L'Ordine ritiene dunque che il medico di guardia non abbia svolto appieno “quel ruolo di tutela che ogni medico è chiamato a svolgere nei confronti degli assistiti”.

Per questa ragione viene irrogata la censura.

Commento

Per il ruolo particolare che assume la figura del medico di continuità assistenziale, che in pochi minuti (spesso al telefono, come in questo caso) viene a conoscenza di una problematica a volte complessa di pazienti che non conosce e non segue, spesso presentata da familiari emotivamente coinvolti e non sempre precisi nel riferire il quadro clinico, assumono particolare importanza:

- la rilevazione dei dati anamnestici, da ricavare con domande precise, che vadano anche oltre ciò che descrive il familiare;
- l'effettuazione di una visita domiciliare, soprattutto se espressamente richiesta (salvo casi decisamente semplici e chiari, che comunque meritano anch'essi attenzione);
- la compilazione accurata dell'apposito registro in cui sarebbe opportuno descrivere minutamente i fatti, riportare le generalità del malato e il numero di telefono, per richiamare eventualmente la famiglia più tardi, dimostrando attenzione al caso.

Al di là delle connotazioni giuridiche di questo caso specifico, è da dire che il medico riveste, anche per dovere deontologico, un ruolo di garanzia nei confronti del cittadino, al quale deve garantire appunto la propria disponibilità e la propria competenza professionale per la tutela di un diritto primario come il diritto alla salute.

Nello svolgimento di questo ruolo di garanzia, sempre per dovere deontologico, il medico è tenuto ad assicurare al paziente la massima diligenza professionale, stante l'evidente asimmetria di competenze esistente fra medico e paziente.

La sanzione comminata al collega va letta proprio nell'ottica di una mancata assicurazione al paziente (pur non intenzionale) di questo tipo di tutela e di garanzia.

TM



Data del certificato: un dato importante!

Ecco un comportamento non corretto che talvolta (per fortuna molto episodicamente) viene adottato dai medici nella redazione dei certificati, e che può dar luogo a conseguenze pesanti anche dal punto di vista penale. Un lavoratore che non si sente bene, si fa visitare dal medico nel pomeriggio. Il medico constata l'esistenza di una certa patologia e rilascia il certificato di malattia

indicando come giorno del rilascio quello successivo alla visita. Il lavoratore, fin troppo solerte, invia per fax il certificato al proprio datore di lavoro già la sera stessa. Risultato: il datore di lavoro si trova in mano un certificato che risulta rilasciato il giorno successivo. Le conseguenze possono essere fin troppo spiacevoli, per cui l'Ordine raccomanda a tutti i colleghi di prestare la massima at-

tenzione nella redazione dei certificati che, come atti aventi rilevanza pubblica, devono tassativamente riportare la verità dei fatti, senza cedere ad indicazioni compiacenti o che travisino la realtà. Si ricorda che sul sito internet dell'Ordine www.ordine-medici-firenze.it nella pagina dedicata alle F.A.Q. sono presenti chiarimenti sintetici sui certificati medici.

Certificati medici per invalidità civile

Proseguono i contatti fra Ordine dei Medici e INPS in merito alla nuova procedura per i certificati di invalidità civile. In particolare, l'Istituto ha redatto una Dispensa <<http://www.ordine-medici-firenze.it/Testi/DispensaINPS.pdf>> ad uso dei medici, che riassume la procedura telematica necessaria per l'aggiornamento del PIN e per la redazione dei certificati telematici. Si tratta di una prima redazio-

ne, che nelle prossime settimane potrà essere soggetta a revisione per semplificare ulteriormente la procedura, ma che fin da ora è utile per fornire ai medici le informazioni basilari per prendere familiarità con l'inoltro telematico. Inoltre l'INPS ha messo a disposizione un numero di fax dedicato, utilizzabile esclusivamente dai medici per l'inoltro della documentazione necessaria (copia del documento e

del codice fiscale) per la richiesta del PIN. Per la sede INPS di Firenze, il numero di fax dedicato è: 055.4975310. Infine l'Ordine ricorda che, in questa fase di avvio della nuova procedura, è stato concordato con la Direzione Regionale INPS della Toscana che continueranno ad essere accettati anche i certificati redatti in forma cartacea.

PEC: in arrivo la convenzione nazionale

Alla fine di febbraio è stata sottoscritta dalla Federazione Nazionale la convenzione quadro sul servizio di Posta Elettronica Certificata (PEC) per i medici. Dovrebbe, dunque, essere oramai alle battute finali il percorso intrapreso dalla

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici per offrire il servizio PEC ai medici. Un percorso che ha richiesto approfondimenti e, di conseguenza, tempi di attuazione non brevi, ma che dovrebbe giungere ad un risultato apprezzabile, sia per i

contenuti del servizio che per i costi. L'Ordine di Firenze, pertanto, consiglia ai propri iscritti che non abbiano ancora attivato il servizio PEC, di attendere successive comunicazioni sulle modalità di adesione alla convenzione nazionale.

Un importante riconoscimento al collega Gregorio Monasta

Il Prof. Gregorio Monasta ha ricevuto dal Capo dello Stato l'onorificenza di Cavaliere di Gran Croce dell'Ordine al Merito della Re-

pubblica per il suo lungo percorso scientifico e professionale al servizio del Paese e della Comunità Internazionale, che lo ha visto im-

pegnato in importanti molteplici missioni di solidarietà e di cooperazione internazionale.

Mostra medici pittori, fotografi, scultori e scrittori a Firenze

L'Istituto di Medicina dello Sport di Firenze festeggia quest'anno 60 anni di vita.

La Direzione dell'Istituto intende celebrare questa ricorrenza con una serie di iniziative che coinvolgano il più possibile i colleghi medici.

Fra queste iniziative l'Istituto di Medicina dello Sport vorrebbe organizzare una mostra di medici pittori, scultori, fotografi e scrittori, che sarà inaugurata nel mese di settembre p.v.

Il tema della mostra è "Arte, medicina e sport", per cui chi ne ha la possibilità può partecipare con un'opera su questo soggetto, oppure a tema libero.

I colleghi interessati sono pregati di comunicare la propria disponibilità alla e-mail dell'Ordine: toscana medica@ordine-medici-firenze.it, specificando se sono pittori, scultori, scrittori o altro. Info: tel. 055.496255 int. 3.



Medici del SSN: in arrivo il nuovo contratto

È stata siglata la pre-intesa per il rinnovo del contratto dei medici e dei dirigenti del SSN. Le principali novità introdotte per la parte economica sono l'aumento medio mensile lordo di 179,32 euro per i medici e 152 per i dirigenti non medici, la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto con lo 0,46% della massa salariale con il fine di ricompensare l'indennità nel monte salari e la conferma delle risorse aggiuntive regionali

dello 0,8% (risorse da concordare a livello regionale in base a obiettivi regionali e che dovranno "premiare" la produttività). Per quanto riguarda la parte normativa sul capitolo delle sanzioni disciplinari, introdotte dalla "Riforma Brunetta" della pubblica amministrazione, si sono modulate le sanzioni tenendo conto della specificità della professione medica e della salvaguardia della sua autonomia con l'introduzione del reintegro,

fino ad oggi non previsto, in caso di licenziamento ingiustificato. Per il capitolo delle assicurazioni è previsto l'obbligo per le aziende sanitarie di dotarsi di strumenti di prevenzione del rischio clinico; uniforme applicazione della copertura assicurativa in tutte le aziende sanitarie; individuazione di elementi fondamentali e uniformi della polizza. Norme chiarificatrici, infine, anche in tema di ferie e orario di lavoro straordinario.

Insediato il nuovo Consiglio Superiore di Sanità

Si è insediato il nuovo Consiglio Superiore di Sanità, organo tecnico-consulativo del Ministero della Salute, i cui membri sono stati nominati con decreto ministeriale dello scorso 23 dicembre, e tra i quali figura anche il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Amedeo Bian-

co. L'insediamento ha coinciso con l'ufficializzazione della composizione delle cinque sezioni, che funzionano come divisioni di studio del Consiglio stesso, che è presieduto da Enrico Garaci, con Vice Presidenti Eugenio Santoro e Antonio Scala. Le cinque sezioni si occuperanno rispettivamente di:

- 1) programmazione sanitaria, piano sanitario nazionale e LEA;
- 2) requisiti delle strutture e dei servizi sanitari;
- 3) igiene e sicurezza sul lavoro;
- 4) sicurezza alimentare e salute degli animali;
- 5) farmaci.

Prendersi cura del paziente oncologico

Chapman e Graving (1999) hanno definito la sofferenza "quella percezione di una grave minaccia o di un danno a Sé che emerge quando si sviluppa una discrepanza tra ciò che si prevede di sé e che cosa si fa o si è". In tale prospettiva la sofferenza prevede una proiezione di Sé nel futuro non solo nello stato di salute fisico e nella propria funzionalità ma anche nel mantenimento del proprio ruolo familiare, lavorativo, sociale. Dopo la diagnosi di tumore al soggetto accade tutta una serie di eventi psichici, morali, di stato d'animo a volte poco percepibili se non con uno sguardo attento e motivato alla ricerca di lievi segni, nel movimento delle labbra, nell'arrossamento o umettamento delle sclere, nel tono della

voce, di espressioni particolari nel corpo e nel viso che fanno dedurre che la persona è sofferente.

Nel 1986 è stata formulata la carta di Ottawa della promozione alla salute (completo benessere fisico, mentale e sociale, OMS del 1946) cioè quel processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Per psiconcologia si intende quella disciplina che collega le scienze psicologiche e psichiatriche con l'oncologia. La SIPO (Società Italiana di Psiconcologia) si pone l'obiettivo principale di promuovere la conoscenza, il progresso e la diffusione della disciplina psiconcologica in campo clinico, formativo, sociale e di ricerca.

La SIPO Toscana nasce da pochi anni. Dopo un primo direttivo in cui le iniziative hanno avuto un originario impatto in ambito sanitario regionale, nel 2005 si è costituito un secondo direttivo il cui lavoro è stato da una parte quello di connettere la SIPO con altre realtà locali dall'altra di censire le realtà sanitarie e di associazioni in cui veniva prevista una figura che si occupasse di psiconcologia. Il primo progetto istituito insieme all'Istituto Tumori Toscano (ITT) ha visto la stesura di un documento riportante le linee guida in psiconcologia (*in press*).

Consiglio direttivo SIPO Toscana - In sito SIPO Nazionale: www.siponazionale.it

CONVENZIONI

Il Papiro Srl ha stipulato una convenzione con l'Ordine dei Medici di Firenze. Ai medici che presenteranno il tesserino ordinistico ed ai loro familiari verrà praticato uno sconto del 10% su tutti gli articoli e il 15% sulla stampa di biglietti e carta da lettere personalizzata. Punti vendita: Via Cavour 49r (055.215262), Piazza del Duomo 24r (tel. 055.281628), Lungarno Acciaiuoli 42r (055.2645613), Via dei Tavolini 13r (tel. 055.213823), Via Porta Rossa 76r (tel. 055. 216593), Johnsons & Relatives, Via del Proconsolo 76r (tel. 055.214795) - Sito: www.ilpapirofirenze.it.



Specializzazioni 1983/1991: lo stato dell'arte

Quella dei medici che si sono specializzati negli anni dal 1983 al 1991 senza percepire la borsa di studio, è una storia oramai di lunga data, che ogni tanto vive di nuovi episodi. Recentemente alcune associazioni stanno contattando in tutta Italia i medici per invitarli ad aderire ad un ricorso legale collettivo con il quale ci si prefigge di ottenere dallo Stato un risarcimento per la mancata retribuzione della specializzazione frequentata in quegli anni. La cosa viene presentata come se fosse una semplice formalità, fatta la quale non resterebbe che aspettare il risarcimento.

Purtroppo le cose sono un po' più complicate, ed è bene esserne consapevoli prima di prendere una decisione. In primo luogo sono ora-

mai anni che vengono presentati in Parlamento progetti di legge che vogliono sanare la questione, ma invariabilmente questi progetti rimangono "insabbiati" nelle aule parlamentari a causa, com'è evidente, della difficoltà a trovare la copertura economica per una tale sanatoria. Non resterebbe, quindi, che la via del ricorso legale, ma in questi anni si è assistito a decine di pronunce da parte dei più vari organi della magistratura (Tribunali, Corti d'Appello, TAR, ecc.) di segno spesso contrastante e non univoco.

Il problema fondamentale è la prescrizione del diritto ad ottenere il risarcimento del danno che alcune sentenze fissano in cinque anni dall'entrata in vigore della Legge del 1991 di recepimento delle di-

rettive comunitarie.

E quando i giudici danno ragione ai medici, spesso è perché l'Avvocatura dello Stato ha dimenticato di costituirsi in giudizio. In questa situazione, oggettivamente contrastata e nient'affatto pacifica, l'Ordine ricorda che:

- il ricorso legale comporta comunque un esborso anticipato di denaro per spese legali;

- i tempi della giustizia, com'è ben noto, sono lunghi e soggetti a tre gradi di giudizio;

- il più arduo scoglio da superare è l'eccezione della prescrizione del diritto.

I medici e gli odontoiatri sono quindi invitati a valutare serenamente e consapevolmente i pro e i contro di una azione legale, senza cedere a facili illusioni

Perizie medico-legali e deontologia

La Consulta deontologica nazionale, istituita presso la FNOM-CeO, ha fornito un proprio parere in relazione al rilievo deontologico dei contenuti delle perizie medico-legali rese sia in sede civile che penale nella forma di consulenze tecniche di parte o d'ufficio. In particolare, l'aspetto da chiarire riguardava il fatto se i giudizi

espressi dal perito in sede di consulenza medico-legale sull'operato di un collega dovessero avere rilievo deontologico per violazione del dovere di collegialità. La Consulta ha precisato che l'Ordine non ha competenza ad esprimersi sull'aspetto tecnico-scientifico della perizia, ma ha il diritto di valutare esclusivamente l'aspet-

to dell'onorabilità eventualmente lesa. In sostanza un intervento disciplinare da parte dell'Ordine è ammissibile solo quando l'operato del medico perito si è tradotto in espressioni offensive o denigratorie nei confronti di un collega. Ma senza poter sindacare i contenuti medico-scientifici della perizia, la cui valutazione spetta al giudice.

L'obbligo di informare il paziente

La terza sezione civile della Corte di Cassazione ha pronunciato una interessante sentenza (n. 2354 del 02/02/2010) in merito all'importanza delle informazioni da rendere al paziente per consentirgli di esprimere un consenso valido e informato alla terapia proposta. In particolare, affirma la Cassazione, l'obbligo di informare pienamente il paziente, prescritto dal codice di deontologia medica,

pur con le dovute cautele, non è soggetto a nessuna valutazione discrezionale e perciò comprende tutti gli aspetti diagnostici e prognostici dello stato di salute del paziente e quindi anche i rischi meno probabili (purché non del tutto anomali) in modo da consentire al cittadino di capire non solo il suo attuale stato, ma anche le eventuali malattie che possono svilupparsi, le percentuali di esi-

to fausto ed infausto delle stesse, nonché il programma diagnostico per seguire l'evoluzione delle sue condizioni di salute. L'obbligo ha rilevanza giuridica perché integra il contenuto del contratto e qualifica la diligenza del professionista nell'esecuzione della prestazione. La violazione di esso può determinare la violazione di diritti fondamentali ed inviolabili della persona, quali la libertà personale.

Le responsabilità del medico chiamato a consulto

Il medico chiamato per un consulto ha gli stessi doveri professionali del medico che ha in carico il paziente e non può esimersi da responsabilità adducendo il fatto di essere stato chiamato per valutare una specifica situazione. E' questo, in estrema sintesi, il senso della sentenza pronunciata dalla IV sezione penale della Corte di Cassazione (n. 3365 del 26/01/2010), che ha affrontato il caso di una bambina deceduta per insufficienza respiratoria a causa di epiglottite

bombata. Il medico del reparto, dopo aver formulato la diagnosi, aveva chiamato a consulto due medici anestesisti-rianimatori, i quali però non procedevano ad intubazione o tracheotomia adducendo il fatto che si trattava di manovre di competenza dello specialista otorinolaringoiatra. Allertavano, quindi, l'otorino, ma poi si allontanavano dal reparto, senza più interessarsi del caso. Secondo la Suprema Corte, questo comportamento è stato negligente perché in

questo modo i due anestesisti sono venuti meno al dovere di adottare tutte quelle precauzioni che sarebbero state necessarie in considerazione delle gravi condizioni della piccola paziente, ossia servirsi delle attrezzature del reparto di terapia intensiva e coadiuvare l'otorino che sarebbe sopraggiunto. I due anestesisti, quindi, non avrebbero dovuto (quantomeno non entrambi) allontanarsi dal capezzale della piccola paziente e in questo sta la loro responsabilità.



BACHECA

Pubblichiamo solo alcuni dei numerosi annunci consultabili sul sito dell'ordine: **www.ordine-medici-firenze.it** pagina BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: Affitti professionali, Cessione attività, Collaborazioni non mediche, Iniziative tempo libero, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni, Sostituzioni odontoiatri.

OFFERTE DI LAVORO

- Cercasi medico odontoiatra per collaborazione in conservativa e endodonzia, in Firenze. Tel 055/241208-2480082.
- La società Holiday System srl, organizza colonie e vacanze estive per ragazzi/e in Italia per società quali Telecom, Juventus, Banca Popolare di Milano ed è alla ricerca di medici, anche specializzandi, da inserire come responsabili sanitari nei propri soggiorni. I periodi variano da 13 giorni (12 notti) a 15 giorni (14 notti) a partire dal 12 di giugno p.v. Per il turno di 13 giorni è previsto un compenso netto di € 970,00 per il responsabile e di 780,00 per l'aiuto, mentre per il turno da 15 giorni il compenso netto è di € 1.100,00 per il responsabile medico e di € 910,00 per l'aiuto. Info: tel 0464.423854 fax 0464.401091. E-mail m.cima@holidaysystem.191.it.
- Cercasi neolaureati in medicina per svolgere compito di docente in corsi di primo soccorso in Firenze. Non è richiesta particolare esperienza. Per contatti chiamare Cell. 392.9730169.
- Poliambulatorio in VARESE cerca medici per effettuare visite mediche; collaborazione full-time o part-time con contratto libero professionale della durata minima di un anno. Si richiede disponibilità di giornate o mezze giornate fisse. Info: Sig.ra Sabrina Tel 035.362280.
- Centro PMA ricerca personale medico a tempo pieno per le proprie sedi di Firenze e di Cortona (AR). Specializzazioni richieste: ginecologia e urologia Per informazioni contattare il n° 055/4230468 o scrivere una mail a info@centrofirenze.it.

SOSTITUZIONI A MMG E IN STRUTTURE PRIVATE

- Anglieri Sandra, abilitata alla professione di Medico Chirurgo, con esperienza in studi di mg e pediatria per tutto il territorio toscano. Cell. 349.8315793.
- Barbini Cecilia, abilitata alla professione di Medico Chirurgo, è disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg e Pediatri di libera scelta. Cell. 334.3585259.
- Calobrisi Cinzia, in possesso di diploma di formazione specifica in Medicina Generale, Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, per Firenze, Prato e prov. Cell. 339.2738343.
- Catarzi Eva medico fisiatra per Firenze. Cell. 335.8116599.
- Cuccuini Matteo per Firenze, Sesto fiorentino, Scandicci. Cell. 339.1454156.
- Kokomani Aurora abilitata alla professione di Medico-chirurgo per Firenze e provincia. Tel. 055.218095.
- Mariannini Yuri preferibilmente per Firenze Sud. Cell. 328.7884117.
- Medico Chirurgo di lunga esperienza si rende disponibile per sostituzioni e/o affiancamenti presso studi medici. Cell. 3483349968.
- Mercuri Michele, abilitato alla professione di Medico Chirurgo, per Firenze e provincia. Cell. 347.2117469.
- Dott.ssa Palloni per Firenze e prov. e Prato e prov. Cell. 333.7565596.
- Pelagotti Dino, in possesso del diploma di formazione generale, è disponibile per sostituzioni in Firenze e prov. Cell. 335.7110347.
- Totti Arianna per Prato e Firenze. Cell. 339.7898868.
- Venditti Francesco per Firenze, Scandicci, Sesto Fiorentino. Cell. 339.4015395.

SOSTITUZIONI ODONTOIATRI

Odontoiatra si rende disponibile per sostituzioni in strutture pubbliche (maturate circa 300 ore presso A.S.N FI e PO) e private. Cell. 345.2662517.

OFFERTA STRUMENTI

- Ecografo Acuson Siemens X 300 demo dic.2008 Ecocolor Doppler PW/CW Monitor alta definizione TFT LCD 14 pollici Color power Color angio Armoniche tissutali Full digital Pacchetto cardiologico avanzato Sonda cardio P4-2 mhz 2,0/4,0 Sonda convex CH5-2 mhz 2,0/6,0 Sonda lineare VF10-5 mhz 5,0/12,0 Stampante Sony b/w Apparecchiatura demo garantita mesi 24 Prezzo € 33000,00 puleiogiovanna@tiscali.it Cell. 389.8061889.
- Ecografo Esaote MyLab 25 XVISION Ecocolor Doppler PW/CW Monitor TFT LCD 15 pollici alta definizione GENERAL IMAGING CARDIO VASCOLARE OB/GYN STRESS ECHO TEI Armoniche Tissutali DICOM CLIP TVM XVIEW DOPPLER CFM Sonda cardio PA 230 E mhz 2,5/3,5 + armoniche tissutali Sonda lineare LA 523 E mhz 7,5/12,0 + armoniche tissutali Sonda convex CA430 E mhz 2,0/6,0 + armoniche tissutali Carrello porta ecografo elettrificato Stampante Sony b/w Manuale d'uso Apparecchiatura demo garantita per mesi 12 Prezzo riservato € 19000,00 Cell. 389.8061889.
- Vendesi libri di medicina a 50 euro cadauno. Alcuni titoli pertensione, un approccio clinico multidisciplinare; Menagement delle malattie urologiche di Bahnsen; Trattato delle malattie cardiovascolari di Willerson; atlante a colori aterosclerosi di Wilson; current Review of Diabets ed italiana di Taylor; atlante di diagnosi clinica in pediatria di Zitelli e Davis; il diabete mellito in gravidanza di Botta e Cianni; Mayo clinic la pratica della cardiologia volume 2 e 3; Sintomi di comune riscontro in pediatria di Carlton Gartner; sub iudice la responsabilità professionale del medico di Cannavò; atlante di analisi del liquido sinoviale di Schumacher e Reginato; Mosby Year Book Diabetologia 200. Email: cesnadio@yahoo.it.
- Vendo apparecchio per veicolazione transdermica MSE dermowave completo di accessori, mobiletto e prodotti, anno 2007, usato pochissimo. Richiesta 3500 euro trattabili. Telefono 338.5373180, Dott. Umberto Langianni.
- RVG marca DURR Vista Scan, usato poco, completo con software originale. Per PC con ingresso porta parallela. Richiesta 1500 €. Email: jac78@iol.it
- LEITER INTERNATIONAL PERFORMANCE SCALE - REVISED Test di misura del QI e della abilità cognitiva completamente non verbale in inglese, nuova in molte parti valore circa 2500€ a 990€ per chiusura studio privato. Cell. 340.5406348.
- Cercasi Rilevatore Apicale. Cell. 340.8658997.

COLLABORAZIONI NON MEDICHE

- Sembolini Giovanna si offre per assistenza a persone anziane, diurna e notturna a domicilio ed in ospedale. Preferibilmente zona Rifredi a Firenze. Tel. casa 055.488441, Cell. 345.4934045.
- Cerco lavoro come segretaria o assistente alla poltrona presso studi medici o odontoiatrici in Firenze. Non ho esperienza in questo lavoro ma lavoro da anni a contatto con il pubblico, telefono, contabilità di base e gestione interna con precisione e diligenza. Cell. 333.2535548.
- Figlia di collega, Anichini Laura, cerca lavoro di segreteria presso studi medici in Firenze. Cell. 348.3190978.
- Roberto Corbani di anni 46 cerca lavoro. Ragioniere con esperienza amministrativa, lingua inglese. Corso ADB, assistente di base alla persona per lavorare nelle RSA come operatore sociale (300 ore di tirocinio). Ho tre figli e sono disponibile da subito. Cell. 347.5882468.
- Giovane signora italiana cerca lavoro presso studio medico in Firenze. Esperienza come assistente alla poltrona. Ottime referenze. Cell. 340.5585028.
- 35enne cerca lavoro di segreteria, accoglienza clienti, fatturazione, ecc. presso studio medico o dentistico in Firenze, anche con orario part-time. Esperienza pluriennale maturata in uffici e studi. Bella presenza, serietà, ottima conoscenza pc. Chiamare al 340.3013887 Cinzia.
- Igienista dentale, serio e professionale, valuterebbe proposte di collaborazione da parte di studi odontoiatrici di Firenze e provincia.
- Cerco lavoro part-time c/o studi medici in Firenze e prov., servizio segreteria, call center, accoglienza e gestione clienti, Automunita. Cell. 333.2243673.



CONVEGNI E CONGRESSI

1° CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA UROLOGIA TERRITORIALE

Il convegno si terrà dal **28 al 30 Aprile 2010**, a Lucca presso il Palazzo Ducale. Il programma è scaricabile sul sito: www.siu-urologia.ite. ECM Richiesti. Segr. Scientifica: Paolo GIANNOTTI tel. 050.560004, e-mail pgiannotti.urologia@virgilio.it; Giuseppe DI GIOVACCHINO Cell. 329.6428529, e-mail giuseppe.digiovacchino@gmail.com, Vincenzo MARINO Cell. 335.6235062, e-mail vincenzo_mar@tiscali.it. Seg. Org.va: Cell. 347.8476434, e-mail: robed@hotmail.it; Cell. 393.1404955, e-mail marcellogentile@libero.it; Cell. 330.418852 email liraff@tin.it.

QUELLO CHE AVRESTE VOLUTO SAPERE SULLA DEPRESSIONE 0-14 ANNI

Il convegno si terrà in data **29 maggio 2010** presso l'Aula Magna AOU del Meyer, in Viale Pieraccini 24 a Firenze con orario 8.30-18.30 ed è organizzato dalla Commissione S.I.P., FIMP Firenze. Diagnosi di disturbi depressivi si evidenziano nel 9,5% dei minori fra 9 e 16 anni; per le sue conseguenze la depressione è probabilmente la malattia più invalidante e attualmente con il più alto costo sociale di sofferenza psichica. Modelli di relazioni disfunzionali si apprendono dall'infanzia e inconsapevolmente si mettono in atto, ma possono essere modificati da interventi precoci che attivano modelli di relazioni basate sulla reciprocità degli scambi emozionali. La diagnostica più elaborata, acquisita negli ultimi anni, permette strategie di intervento dalla presa in carico della depressione materna fino dalla gravidanza, all'osservazione delle disfunzioni nella relazione bambino-madre-famiglia e ai disturbi intrapsichici nell'organizzazione della personalità. Segr. Scientifica: Chiara Ciampi e Marzia Guarnieri. L'iscrizione è gratuita ma dovrà pervenire entro il 30 aprile alla Segr. Org.va Quid Communications via fax: (fax. 055.4633698, tel: 0554633701) o via e-mail: info@quidcom.com. ECM richiesti.

CORSI E SEMINARI

ISTEROSCOPIA OFFICE

Il Dip. Materno-Infantile dell'Azienda Sanitaria di Firenze organizza un corso avanzato di Isteroscopia Office, diretto da S. Calzolari e M. Franchini, che si svolgerà dal **7 al 9 aprile 2010** presso la Chirurgia Ginecologica dell'Ospedale Piero Palagi di Firenze, in Viale Michelangelo 42. Crediti ECM richiesti. Segreteria organizzativa: Quid Communications Srl, tel. 055.4633701.

LO PNEUMOTORACE SPONTANEO NELL'ADULTO

Il corso si terrà in data **10 aprile 2010** Firenze presso l'"Aula Muntoni" dell'Ospedale San Giovanni di Dio, via di Torregalli 3. ECM richiesti per medici e infermieri. Segr. Scientifica Dott. Apicella Felice, Dott. Vitali Alessandro, Dott.ssa Bartalucci Barbara. Segr. Org.va: tel. 055.2302663 - fax 055.5609427, e-mail: iscrizioni@ideagroup.it. Info e programma dettagliato: http://www.ideagroup.it/corsi_ecm_e_congressi/corsi_congressi_2010/corso_pneumotorace_spontaneo.asp.

RIABILITAZIONE IN ACQUA

La Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Univ. di Firenze organizza un corso di perfezionamento, che si propone di far conoscere gli aspetti psicologici e comunicativi del lavoro in acqua e l'utilità della riabilitazione in acqua per malati reumatici, neurologici, ortopedici e per bambini disabili. Il corso si svolgerà in quattro weekend da **maggio a luglio 2010**. Le sessioni d'esame si terranno a settembre. Direttore: Prof.ssa Susanna Maddali Bongi. Il bando e la domanda di iscrizione sono disponibili sul sito: [www.med.unifi.it/sezione "corsi di perfezionamento"](http://www.med.unifi.it/sezione_corsi_di_perfezionamento). La scadenza per la presentazione delle domande è il 14 aprile 2010. Crediti ECM richiesti.

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA

XXIII Corso Interattivo di Ecografia Internistica, Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo) **29 maggio - 2 giugno 2010**. Direttori: dott. Marcello Caremani e dott. Fabrizio Magnolfi. Servizio di Ecografia - Ospedale di Arezzo (Tel. 0575/255208 - Fax 0575/255205). Corso teorico-pratico di base e di aggiornamento. I principali argomenti sono rappresentati da: fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, vasi portali, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, linfonodi, organi genitali femminili, polmone, eco-color-Doppler, ecografia con contrasto (CEUS), tecnica dell'esame, terminologia per la refertazione. All'edizione 2009 sono stati attribuiti 20 crediti ECM. Informazioni: Ultrasound Congress - Tel 0575.380513 / 348.7000999 Fax 0575.981752, e-mail: info@ultrasoundcongress.com, <http://www.ultrasoundcongress.com>

QUELLO CHE AVRESTE VOLUTO SAPERE SULLA DEPRESSIONE 0-14 ANNI

Il convegno si terrà il **29 maggio 2010** presso l'Aula Magna del Meyer, in Viale Pieraccini 24 a Firenze con orario 8.30-18.30 ed è organizzato dalla Commissione S.I.P., FIMP Firenze. L'evento è rivolto a pediatri, npi, medici di famiglia, psicologi, psicoterapeuti e psicologi clinici. L'iscrizione è gratuita ma dovrà pervenire entro il 30 aprile alla Segr. Org.va Quid Communications via fax: (fax. 055.4633698, tel: 0554633701) o via email: info@quidcom.com. ECM richiesti.

TECNICHE SANITARIE DI PROTEZIONE CIVILE

Presso la chirurgia d'Urgenza dell'Univ. di Pisa viene organizzato questo corso di perfezionamento. Il termine di scadenza delle domande è fissato al **14 maggio 2010**. I posti a disposizione sono 20. La frequenza è obbligatoria. Direttore del corso: Prof. G. Evangelista Info: 050/992532.

SEMINARIO SULL'USO DEI DATI PER LE MALATTIE CRONICHE

L'Agenzia regionale di sanità organizza per il **28 aprile** a Firenze un seminario sull'uso della banca dati delle malattie croniche MaCro. La MaCro raccoglie tutti i dati sulle malattie croniche presenti nei flussi sanitari correnti, e li organizza in informazioni facilmente fruibili da vari soggetti per vari scopi: dalle Società della Salute per programmare i servizi; dai medici di famiglia per svolgere pratiche di self-audit; dai medici di comunità per esercitare il governo clinico; dal sistema di valutazione per valutare la capacità di presa in carico delle persone con malattie croniche. Per maggiori informazioni: www.ars.toscana.it

CORSO DI BIOETICA PER OPERATORI SANITARI (2010-2011)

"Nuovi orizzonti della bioetica" - Il Corso inizia il **17 aprile 2010** e termina il **18 giugno 2011**; ha sede a Prato, presso il Polo Universitario di piazza Ciardi, 25. Le lezioni, con cadenza mensile, si svolgeranno il sabato dalle ore 08.30 alle ore 14.30, per un totale di 14 lezioni e 84 ore di frequenza, con crediti ECM per medici, farmacisti e infermieri. Il corso, con possibilità anche di attestato giornaliero, è aperto a tutti. Informazioni ed iscrizioni: Sig.ra Tiziana Dal Sasso: 339.2784184, tiziana.dalsasso@alice.it - Costo del Corso: € 350,00; € 250,00 per i soci AMCI, ACOS, UCFI ed altre professioni non sanitarie. Nella quota di iscrizione è compreso anche il materiale didattico e il brunch. Gli studenti dei Corsi di Medicina e Chirurgia e delle professioni sanitarie e i volontari sociosanitari possono partecipare alle lezioni versando una quota di iscrizione omnicomprensiva di € 50,00.

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

COMBISARTAN[®] 160 mg / 12,5 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

depositato presso AIFA il 30/09/05

VALPRESSION[®] 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

VACO 05-05

Manfredo Fanfani

L'OPERA D'ARTE, UN MEZZO MEDIATICO CHE CONIUGA BELLEZZA, CRONACA ED EMOZIONI

La civiltà delle immagini ha radici profonde e antiche.
Sono cambiati gli strumenti, non la filosofia e lo scopo.



In pubblicazione prossimamente nella rivista

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

