UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

FLORE
Repository istituzionale dell'Università degli Studi di Firenze

Sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta in Toscana dal 2006 al 2011.

Questa è la Versione finale referata (Post print/Accepted manuscript) della seguente pubblicazione:

Original Citation:

Sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta in Toscana dal 2006 al 2011 / Lorini C; Bonaccorsi G; Comodo N e il gruppo dei referenti ospedalieri.. - In: TOSCANA MEDICA. - ISSN 2611-9412. - STAMPA. - 1:(2013), pp. 40-42.

Availability:

This version is available at: 2158/820523 since:

Terms of use:

Open Access

La pubblicazione è resa disponibile sotto le norme e i termini della licenza di deposito, secondo quanto stabilito dalla Policy per l'accesso aperto dell'Università degli Studi di Firenze (https://www.sba.unifi.it/upload/policy-oa-2016-1.pdf)

Publisher copyright claim:

(Article begins on next page)

12 October 2024

ToscanaMedica

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

Un esempio di sistema socio-sanitario virtuoso

R. Chiaramonti, M. Biggeri, G. Zaccara, P. Tosi

Farmaci Equivalenti e bioequivalenza in dieci punti o quasi

D. Coletta, S.E. Giustini

Il paradosso del Servizio Sanitario Nazionale

C. Palermo

Percorso medico ospedale per intensità di cure

Ossevatorio Regionale Ospedale per Intensità di cure

N° 1 GENNAIO **2013**

Mensile - Anno XXXI - n. 1 Gennaio **2013** - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB FI - **Prezzo € 0,5**2 - Aut. Trib. Fi. n. 3.138 del 26/05/1983

Depositato presso AIFA in data 03/02/2011

Adenuric®

(febuxostat)

Conformità a Linee Guida per la certificazione delle attività di informazione scientifica
Verificata da

Certificato Nr
50 100 4785

ADENURIC® è un marchio registrato di Teijin Pharma Ltd. Tokyo, Japan

ADEN 11-01

S O M M A R I O

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA
- Il mondo in una stanza — *F. Napoli* 4

EDITORIALE
- E.B.M., evidenze basate sulla magistratura — *A. Panti* 5

QUALITÀ E PROFESSIONE
- Un esempio di sistema socio-sanitario virtuoso — *R. Chiaramonti e coll.* 6
- Farmaci Equivalenti e bioequivalenza in dieci punti o quasi — *D. Coletta e coll.* 8
- Il paradosso del Servizio Sanitario Nazionale — *C. Palermo* 11
- Fondo Globale: più performance dalla ristrutturazione — *D. Dionisio* 13
- La prevenzione delle cadute in ospedale — *S. Guarducci e coll.* 15
- La "menzogna" nella clinica medica — *A. Bani* 16
- FAQ vaccinazioni — *M. Ruggeri* 19
- L'uso e il maluso dei farmaci — *F. Franchini* 23
- Il ruolo del simulation training in medicina di emergenza preospedaliera — *M. Montomoli e coll.* 25
- Gli infortuni e le malattie professionali — *G. Petrioli* 27
- Una povera storia di frodi, lestofanti e arricchiti — *B. Rimoldi* 28
- Il percorso nascita nell'AUSL 9 di Grosseto: l'individuazione del Rischio Ostetrico a 12 settimane — *E. Colosi e coll.* 37

CONVENZIONI PER I MEDICI ISCRITTI 18/49

BACHECA 28

REGIONE TOSCANA
- Linee di indirizzo per i setting di riabilitazione ortopedica in fase di post-acuzie — *Consiglio Sanitario Regionale* 29
- Percorso medico ospedale per intensità di cure — *Osservatorio Regionale Ospedale per Intensità di cure* 32

RICERCA E CLINICA
- Sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta in Toscana dal 2006 al 2011 — *C. Lorini e coll.* 40
- Dal cervello alla mente — *E. Grassi e coll.* 43
- Le Gravi Cerebrolesioni Acquisite in Valdarno — *D. Corsi e coll.* 47
- Nuove tecnologie in riabilitazione — *M. Mancuso e coll.* 50
- Stress ossidativo e sindrome di Rett — *C. De Felice e coll.* 52
- FPIES: l'importanza di una diagnosi tempestiva — *F. Mori e coll.* 54
- Evoluzione nella protesica dell'anca — *F. Niccolai e coll.* 56
- Studio ProFi' 10 Lupus Clinic Firenze — *E. Silvestri e coll.* 58
- Gli studi di coorte di nuovi nati in Toscana — *G. Poggesi e coll.* 60
- Analgesia epidurale in travaglio di parto — *P. Del Chiaro* 62

FRAMMENTI DI STORIA
- Filippo Pacini nel bicentenario della nascita (1812-1883) — *J.P. D'Elios* 64
- Alberto e Nanni Rinaldi — *M. Barni* 66

SANITÀ NEL MONDO
- La vittoria di Obama e la Riforma sanitaria — *G. Maciocco* 68

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA
- La riforma sanitaria di Pietro Leopoldo - Parte I — *S. Boccadoro* 70

LETTERE AL DIRETTORE
- Il problema della causa di morte — *G. Nuzzaci* 72
- Limiti della medicina ed errori dei medici — *A. Allamani* 73
- Quando inizia la gravidanza? — *A. Panti* 73

LETTI PER VOI 74

VITA DELL'ORDINE *a cura di Simone Pancani* 75

NOTIZIARIO *a cura di Bruno Rimoldi* 75

ToscanaMedica

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

Fondato da
Giovanni Turziani

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

In coperta
Farmacia portatile della fonderia medicea con il suo contenuto di ricette e medicamenti. Roma, Museo dell'Accademia Nazionale di Arte Sanitaria. Foto Baggieri-Boccassini

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

Direttore Responsabile
Antonio Panti
Redattore capo
Bruno Rimoldi
Redattore
Simone Pancani
Segretaria di redazione
Antonella Barresi
Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045
http://www.ordine-medici-firenze.it
e-mail: toscanamedica@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

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

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

Toscana Medica **1/13**

Il mondo in una stanza

FEDERICO NAPOLI

Il filo conduttore di un pensiero nascosto, alimentato dalla voglia di conoscere, ritrova in queste settimane la sua evidenza nella Sala delle Reali Poste, affacciata sul piazzale degli Uffizi.

E negli Uffizi tutto quanto è esposto in questa mostra – dal titolo *L'Alchimia e le Arti. La Fonderia degli Uffizi da laboratorio a stanza delle meraviglie* – ha avuto un tempo uso e collocazione (materiale o ideale).

Il tentativo antico (ma nella esposizione fiorentina risalente al Cinque-Seicento) di trasformare la materia carpendole segreti e verità, tra scienza e filosofia, è ciò che alla corte medicea si andava in quei tempi perseguendo: naturale proseguimento della ricerca rinascimentale (quindi, passando da Tolomeo a Copernico, da Galeno a Vesalio), quando l'uomo si poneva domande alle quali trovava difficoltà di risposta sul piano scientifico e, di conseguenza, per desiderio di sapere volgeva gli occhi al campo delle idee, distaccandosi dalla razionale sperimentazione.

Anche da qui, come in altre città del tempo, nacque presso la corte medicea l'interesse per l'alchimia, nell'ambito di una totalità delle arti che ad essa in qualche modo era collegata.

Così, nella mostra curata da Valentina Conticelli, troviamo un continuo rapporto fra la vita sociale e quella del laboratorio, fra il mondo delle idee e una loro pratica applicazione: è la rispondenza che si trova fra le riforme del sistema medico con la nascita (primo nel mondo del tempo) del convalescenziario di San Paolo o con l'ammodernamento dello Spedale di Santa Maria Nuova e i ricettari presenti in mostra o le *Pastiglie in terra sigillata* del XVII secolo.

In quei secoli, tante erano le farmacie legate a ordini religiosi e questo nella esposizione si riassume nella seicentesca farmacia portatile, come pure è documentato il piacere della sperimentazione (lontani echi leonardeschi) sotto forma di vasi da farmacia, storte e alambicchi.

È un radicato sapere iniziatico che in città assume le forme del "Ratto delle Sabine" del Giambologna e nel chiuso del ricostruito laboratorio mediceo si trasforma nelle "Illustrazioni alchemico metallurgiche" di Domenico Beccafumi.

Esposte anche opere di Giusto Suttermans, Filippo Napoletano, cerchia di Alessandro Allori, Pier Dandini, oltre a oggetti di oreficeria, porcellana medicea, vetro: sempre unione di arte e scienza, come nell' "Uomo vitruviano" di Leonardo.

Tutto raccolto allora come ora in una sorta di *camera delle meraviglie*, luogo di sperimentazione, ma anche di emozione, di illusoria potenza conoscitiva, alla ricerca di verità in fondo a nuove domande poste dalla natura, guardando oltre le apparenze.

E se tutto questo da Cosimo I al figlio Francesco prima fu ospitato presso il Casino Mediceo di piazza San Marco, successivamente nell'ala di ponente degli Uffizi, ove venne attrezzata una fonderia-laboratorio, la collocazione non fu distante dall'esoterico Studiolo affacciato al Salone dei Cinquecento. Dunque, spazio privato del potere –certo sul piano politico, ma non meno su quello intellettuale –, conoscenza riservata a pochi, nel ricordo di Hermes Trismegisto approdato a Firenze nel tempo di Poliziano, Ficino e Cosimo il Vecchio; linguaggio conoscitivo di non generale traducibilità, riunione di eletti attorno alla esposta manierata figura della "Fortuna" dipinta da Jacopo Ligozzi.

Attraverso, dunque, la ricostruzione documentale di un luogo esclusivo e racchiuso quale è un luogo di sperimentazione, è possibile con questa mostra spaziare sull'ambiente dell'intera città fra Cinquecento e Seicento: ne scaturisce un articolato affresco sulle radici della cultura fiorentina, in buona parte concettuali.

L'ALCHIMIA E LE ARTI.
La Fonderia degli Uffizi:
da laboratorio a stanza delle meraviglie
Sala delle Reali Poste, Uffizi
fino al 3 febbraio 2013
Ingresso libero - da martedì a domenica 10,00-17,00

Athanor in terra refrattaria (frammento superiore) con alambicco. Roma, Museo dell'Accademia Nazionale di Arte Sanitaria, inv. 3846°. Foto Baggieri-Boccassini.

E.B.M., evidenze basate sulla magistratura

ANTONIO PANTI

Giustizia e Medicina debbono collaborare; tutela della salute e tutela del diritto sono aspetti della stessa civiltà. Tuttavia qualcosa lascia perplessi. Circa il 95% dei medici rinviati a giudizio sono assolti. Quindi i giudici sballano quasi tutte le loro "diagnosi". Che succederebbe al medico che dimostrasse ugual fallacia? Inoltre è eccezionale la concordanza nei tre gradi di giudizio. E la certezza del diritto? Si leggono ordinanze di custodia cautelare al termine di lunghissime indagini, per fatti accaduti anche un decennio prima. Pericolo di reiterare il reato? Di inquinare le prove? Perché non si va subito a giudizio? Che invece si svolge quasi sempre a prescrizione avvenuta.

E intanto le assicurazioni giocano al rialzo. Annunciano il ritiro dal mercato, sdegnate quali ritrose verginelle, mentre chiedono 12.000 € di premio agli ostetrici. E non è il più alto. Il Ministro tenta qualche timido rimedio senza grandi risultati. E si torna alla Magistratura. La vita non ha prezzo, è vero, ma la società ha un limite di spesa. Allora certi risarcimenti, magari giusti, non sono equi perché finiscono col gravare sulla collettività intera. Quanto siamo disposti a spendere per la medicina difensiva? O per la rinuncia alla prestazione? Su "Classe Medica" mi ha colpito una battuta: "no ostetrici no parti".

Non è facile fare il medico: la vetustà delle norme e le molteplici interpretazioni giurisprudenziali sulla responsabilità medica hanno spinto la Cassazione a pronunce contraddittorie talché si sta delineando una sorta di "medicina dell'obbedienza giurisprudenziale", come scrive un intelligente magistrato, Mauro Bilancetti. È chiaro che i medici debbono seguire regole e vincoli, è chiaro che solo il consenso informato rende lecito l'atto medico, ma occorrerà ben definire i limiti ragionevoli di un rischio consentito, insito nella variabilità biologica (l'uomo è l'oggetto delle cure dei medici), oltre che per la banale constatazione che "to err is human". E quale è il rischio accettabile per lo stesso medico nell'esercizio della professione?

Recentemente la Cassazione è ritornata sul tema delle linee guida, cioè delle regole dell'arte medica, sulla quale esistono sentenze assai chiare della Corte Costituzionale: "ottenuto il consenso informato solo il medico sa quel che è appropriato per il paziente nei limiti delle conoscenze scientifiche". Attenti allora a non inventare l'ombrello. Un medico è stato condannato per colpa; tra l'altro per non aver seguito le linee guida di una delle maggiori società scientifiche che, ove seguite, avrebbero evitato il fatale rischio al paziente. Assolto in Appello, la Cassazione lo condanna dedicando pagine intere per esprimere un concetto: le linee guida sono importanti ma non determinanti, debbono essere predisposte da società scientifiche consolidate, non possono essere soltanto attente alla spesa. Il giudice comunque valuterà il caso, e il medico non potrà accampare scusanti.

Le linee guida sono "raccomandazioni" che indirizzano le scelte del medico e del paziente verso le soluzioni più appropriate senza mai limitare l'indipendenza di giudizio del medico. E allora perché dare l'impressione che la medicina sia una sorta di caos in cui solo il giudice può attribuire meriti o colpe? La Suprema Corte fa un brevissimo cenno alla questione del rischio consentito. Il giudice, con l'aiuto degli esperti, deciderà nel singolo caso sul punto di equilibrio tra lecito e illecito, tra rischi possibili e benefici attesi. A quali condizioni il rischio può essere accettato? La Corte si pone il problema ma non dà risposta.

È arduo trovare la linea di demarcazione in questa enorme zona grigia, altresì è spiacevole rischiare l'aleatorietà del giudizio penale. Il meccanismo dell'RCA può essere d'aiuto. Entro limiti stabiliti dalla legge si paga il danno, la conciliazione è obbligatoria, si crea un fondo di garanzia e un tetto massimo ai risarcimenti. Dall'agosto di quest'anno l'assicurazione sarà obbligatoria per i medici, ma a quali condizioni? Inoltre resta il problema di un rapporto controverso con la magistratura che esprime la discrasia tra realtà sociale, evoluzione della medicina e affanno del diritto. Ne soffrono tutti, medici e cittadini. A quando una buona legge? Finalmente il decreo Balduzzi è diventato legge e, per la prima volta, affronta il problema assicurativo con qualche timida assicurazione sul piano della responsabilità medica non è molto ma era ora di cominciare a decidere. **TM**

Roberta Chiaramonti, Neurologa-Neurofisiopatologa, Dirigente Medico di I Livello, U.O. di Neurologia-Neurofisiopatologia dell'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF). Gestisce per l'ASF il percorso ospedaliero/extra-ospedaliero di continuità osservazionale degli Stati Vegetativi/Stati di Minima Coscienza nella fase della cronicità e quello degli esiti delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA).

Un esempio di sistema socio-sanitario virtuoso

Da alcuni anni la collaborazione tra la Neurologia dell'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF) e l'Associazione Cerebrolesioni Acquisite (ASS.C.A.) del territorio fiorentino, riprendendo le teorizzazioni sull'approccio delle *capabilities* o capacitazioni[1] di Amartya Sen (premio Nobel per l'Economia nel 1998) ha realizzato un modello virtuoso di presa in carico di persone con esiti di Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) portatrici di disabilità (neuromotoria e/o cognitivo-comportamentale) di vario grado.

Si stima che vi siano 350-700 nuovi casi di GCA/anno in Toscana, di cui 150-200 nel territorio dell'ASF.

Dopo la dimissione dalle riabilitazioni, la persona con esiti di neurolesione acquista dovrebbe poter contare sulla continuità dell'osservazione clinica specialistica e dovrebbe poter completare sul territorio il proprio percorso riabilitativo attraverso ulteriori programmi di rieducazione – motoria, cognitiva, comportamentale, relazionale – con la finalità di un auspicabile reinserimento socio-lavorativo, e sempre con un continuativo supporto psicologico per Sé e per la propria famiglia.

Come testimoniano le Associazioni di Volontariato attive nel nostro territorio, dopo il rientro al domicilio, il medico di medicina generale è il primo – spesso "solitario" – referente sanitario dei Soggetti con esiti di GCA e delle loro famiglie, coadiuvato talora, pro tempore, dai Riabilitatori delle strutture da cui sono stati dimessi, e, previa loro attivazione sempre con l'intermediazione della famiglia, dai Servizi del territorio.

La filiera è, al momento, la seguente: Famiglia → MMG → Famiglia → Assistente Sociale / Servizi Territoriali / Specialisti Ambulatoriali (con esami strumentali o di laboratorio da prenotare, far eseguire, ritirare e far rivalutare a livello ambulatoriale da parte della famiglia, previo appuntamento).

Allo scopo di garantire un *continuum* osservazionale clinico e rieducativo rispetto alle fasi ospedaliere del percorso riabilitativo (DGR 599/2009) e con la finalità di riguadagnare al ruolo di risorsa sociale la persona con esiti di GCA, l'ASF, dal 2009, ha identificato nella figura del *Case Manager*, neurologo, il coordinatore di un'*équipe* multidisciplinare di sanitari ospedalieri, che opera con modalità Day Service, ed il punto di connessione integrata di un gruppo multiprofessionale di operatori psico-socio-sanitari (psicologi, educatori, assistenti sociali, Servizi territoriali infermieristici, di riabilitazione, di logopedia, di dietologia) e di volontari (Associazione ASS.C.A.), che lavorano sull'attualizzazione del piano individualizzato di rieducazione/ reinserimento del singolo Caso e della sua Famiglia.

R. CHIARAMONTI[1], M. BIGGERI[2], G. ZACCARA[3], P. TOSI[4]

[1] *Dirigente Medico I Livello Neurologia e Responsabile del Centro per la presa in carico globale delle Gravi Cerebrolesioni dell'ASF*
[2] *Docente di Economia Politica presso il Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Firenze*
[3] *Direttore UO Neurologia, ASF*
[4] *Direttore Generale dell'AOU Senese. Già Direttore Sanitrio Asl 10, Firenze*

Alla dimissione al domicilio, dunque, la filiera si struttura in modo diverso: il soggetto con esiti di GCA viene segnalato al Case Manager dalle Riabilitazioni oppure dal medico di medicina generale, dai Servizi Sociali, da specialisti ambulatoriali, dalle Associazioni di Volontariato, ovvero il malato può essere già conosciuto fin dal momento dell'accesso in Pronto Soccorso o dal ricovero in RTI o dalle successive fasi di riabilitazione extra-ospedaliera, e, con modalità proattiva, il malato e la sua famiglia vengono contattati per la presa in carico globale.

Si parla di "presa in carico globale" in quanto il Case Manager, neurologo:

[1] Intese come opportunità e capacità (Sen, 1999, 2009).

1. valuta e monitorizza gli aspetti più strettamente medici/specialistici (gli esiti neuro-motori e/o cognitivo-comportamentali della neurolesione, le terapie farmacologiche in atto – che rivede, sospende o sostituisce in base alle condizioni cliniche – e le potenzialmente necessarie consulenze specialistiche di altra branca, dall'urologo al neurochirurgo, dallo psichiatra all'ortopedico, etc., che attiva in regime di Day Service);

2. valuta il bisogno di supporto psicologico sia per il malato che per i suoi familiari ed organizza la presa in carico da parte degli psicologi dell'ASS.C.A., che lavorano in convenzione con l'ASF;

3. partecipa alle Unità di Valutazione Multiprofessionale, UVM, insieme a Dirigenti Scolastici e Collegi di Docenti, previste per i disabili da GCA maggiorenni ma ancora in età scolare;

4. collabora con il braccio Psico-Socio-Sanitario e del Volontariato coordinandone ed integrandone gli interventi attualizzati in modo proattivo per la messa a punto di un piano individualizzato di rieducazione, reinserimento sociale e, se possibile, lavorativo, del Soggetto con esiti di GCA.

La realizzazione del progetto individuale imprescindibilmente si fonda e fa leva sia sulle risorse residue che sulle aspirazioni, sui valori sulle potenzialità e sulle opportunità del Singolo (capabilities) attraverso la rilevazione delle stesse e la promozione di un "processo-guidato" di adattamento creativo (exactamento) sia dell'Interessato che della sua famiglia da parte del Case Manager e di tutto il gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale da questi coordinato. L'obiettivo è di lavorare in differenti livelli e luoghi sulle potenzialità anche latenti della persona per permettergli di "fiorire" in senso aristotelico (Nussbaum, 2000, 2006) ed in sinergia con il caregiver e gli altri stakeholder del territorio (come associazioni, cooperative sociali, …).

A scopo esemplificativo, descriviamo il caso di L., giovane uomo di 33 anni, "ex-parrucchiere", che nel 2006 riportò un grave politrauma – investito mentre era alla guida della sua moto – con conseguenti stato di coma (per dieci giorni circa), frattura maxillo-facciale, fratture orbitarie, dx>sn e conseguente eviscerazione dell'occhio dx con inserimento di una protesi oculare, frattura del radio e dell'ulna a dx, ridotte chirurgicamente, lesioni cerebrali (frontali, dx>sn; polo temporale dx), ipertensione endocranica maligna in fase acuta, trattata con craniotomia decompressiva, e deficit maxillo-facciali funzionali/estetici persistenti. Al primo incontro con il Case Manager, nel maggio 2010, L. presentava una chiara sindrome frontale (stato abulico, apatico, anedonico; stava a letto quasi tutto il giorno, si alzava solo se sollecitato e rimaneva con la televisione accesa fino alle prime ore della mattina), insonnia ed apparente inversione del ciclo sonno-veglia, deficit delle funzioni esecutive, deficit di apprendimento e di codifica di materiale verbale, di astrazione verbale, di accesso al lessico (con lentezza esecutiva) e deficit mnesico per eventi recenti. Si vivacizzava nell'interazione solo quando si faceva riferimento al suo lavoro di parrucchiere – prima dell'incidente era un lavoratore instancabile ed appassionato; aveva un'attività ben avviata, che gestiva in proprio, per dedicarsi alla quale aveva anche interrotto gli studi dopo la scuola superiore –. Rientrato a casa dall'ospedale e dai Centri di Riabilitazione, L. non aveva più motivo di alzarsi la mattina e la sua giornata prevedeva al più visite mediche e/o brevissimi spostamenti per veloci colazioni al bar. L'intervento previsto per L. ha, dunque, in primo luogo, mirato a fargli recuperare la manualità necessaria per poter svolgere la sua "ex-professione", chiedendogli di acconciare i capelli all'interno della rete protetta dell'Associazione (ASS.C.A.). Un'educatrice si è occupata di L. aiutandolo ad organizzare un'agenda che fosse sotto la sua personale responsabilità (e non più di quella del padre), a scrivere e stampare un tariffario delle prestazioni da offrire e ad acquistare il necessario per l'attività di parrucchiere (lavabo portatile, spazzole, shampoo, phon). Riscontrato l'evidente gradimento di L., che, in questo modo, ricominciava di nuovo ad avere impegni ed orari da rispettare e ad essere gratificato dalla possibilità di svolgere, e con particolare perizia e successo, la sua prediletta attività di parrucchiere, si è passati, in accordo anche con i familiari, a considerare il suo forte desiderio di riprendere una vita lavorativa, ed anche "personale", "più normali". A questo scopo, è stato realizzato un primo "contratto" di lavoro con il Responsabile di alcuni Centri per Anziani, che ha reso possibile permettere a L. di fare il parrucchiere per le signore del Centro per alcune ore alla settimana. Da ormai alcuni mesi, è in essere, con soddisfazione, un inserimento socio-lavorativo presso il negozio di un parrucchiere. Al momento L. lavora presso il parrucchiere di cui sopra e partecipa ad altre attività di socializzazione organizzate dall'Associazione. I familiari stanno allentando il controllo protettivo su di lui ed è in fase di attualizzazione il suo trasferimento in un appartamento, dove vivrà da solo, sempre, però, ancora, con la supervisione dell'educatrice e dei familiari.

Molteplici ed intriganti sono, dunque, le ricadute in termini di economia sociale della presa in carico globale proattiva realizzata dal modello del Case Manager che abbiamo descritto:

– la garanzia della continuità dell'osservazione clinica esperta, che permette di concatenare interventi medici e rieducativi da assicurare e soprattutto da integrare tra le diverse professionalità socio-sanitarie implicate, affinché l'intervento sia più mirato, incisivo e meno ridondante, anche nella fase di domiciliarizzazione;

– il significativo alleggerimento del peso di gestione e del carico psicologico della famiglia del malato con esiti di GCA;

– la riduzione dei costi legati a farmaci, esami strumentali e di laboratorio e visite specialistiche (prescritti solo quando davvero necessario, con una netta riduzione della loro numerosità e "ridondanza" grazie ad una gestione coordinata e continuativa dei bisogni clinici del singolo malato);

– il contenimento di un mero accudimento assistenzialista che mortifica la possibilità, almeno parziale, di recupero della persona con esiti di neurolesione quale risorsa sociale.

– l'aumento dell'autonomia e delle capacità relazionali della Persona permette di liberare energie e risorse della persona stessa e dei caregiver che avranno un effetto sulla riduzione dei costi e un aumento delle opportunità sociali ed economiche.

Ecco, dunque, che quello del Case Manager – figura che necessariamente deve possedere un profilo professionale, medico specialistico, peraltro non "se-bastante" essendo necessarie qualità e meta-capacità, che permettano di cogliere, identificare, sostenere, indirizzare, tradurre in offerta di opportunità e potenzialmente concretizzare le risorse residue, le speranze, le aspirazioni ed un sentito e gratificante interesse del singolo – si propone come futuribile virtuoso modello per passare da un sistema sanitario fatto di offerte "standardizzate" ad un sistema "di offerte attivabili", tra tutte quelle disponibili (anche considerando quelle presenti nel privato), incentrato sulle necessità della persona, che, ottimizzando l'interazione/sinergia tra/con professionalità diverse e servizi già esistenti sul territorio e nella famiglia, permetta di riattivare in senso sociale il Soggetto con disabilità acquisita e di ridurre gli oneri economici sanitari e, certamente, le ridondanze d'interventi in parallelo o divergenti, in quanto non coordinati, non incentrati sul percorso di exactamento personalizzato che la presa in carico globale mira a realizzare.

Del resto, fosse anche una modalità realizzabile ad isorisorse, sarebbe sufficiente considerarne la ricaduta in termini di qualità di vita della persona con esiti di GCA – che recupera un senso per la propria vita concentrandosi più sulle proprie risorse residue che sul/i proprio/i limite/i – e della sua famiglia – la quale trova supporto nel superamento di un approccio di riabilitazione-rieducazione riduttivamente "adattative" – per sostenere il virtuosismo di questo modello socio-sanitario.

TM

David Coletta, medico chirurgo, specialista in gastroenterologia, dal 1989 al 2009 medico di medicina generale Asl 11, dal 2010 coordinatore mmg Ospedale di Continuità Santa Verdiana Castelfiorentino, co-direttore Dipartimento Interaziendale di Formazione per la Continuità nell'assistenza. Partecipa a commissioni e gruppi di lavoro che si occupano di politiche del farmaco e appropriatezza delle cure Empoli.

Farmaci Equivalenti e bioequivalenza in dieci punti o quasi

DAVID COLETTA[1], SAFFI ETTORE GIUSTINI[2]

[1] *Medico di medicina generale e Co-Direttore Dipartimento Interaziendale per la continuità nell'assistenza (Empoli)*
[2] *Medico di medicina generale SIMG (Pistoia)*
CTR Regione Toscana

Due specialità medicinali, per essere perfettamente uguali, devono essere licenziate dallo stesso impianto di produzione, avere un'identica composizione in princìpi attivi (i quali devono avere la stessa granulometria e non devono presentare significative differenze percentuali in termini di eventuali polimorfi) ed in eccipienti ed essere state sottoposte alla stessa lavorazione tecnologica.

Questo significa che una specialità medicinale (farmaco originatore *brand*) se prodotta in due stabilimenti diversi non può essere considerata "perfettamente uguale" ma "essenzialmente simile" come il farmaco definito equivalente (ex generico).

Tuttavia, le differenze non sono tali da comportare risultati terapeutici significativamente differenti nella popolazione. In altri termini, il medicinale equivalente è, per definizione, terapeuticamente equivalente al prodotto imitato.

I prodotti in co-marketing soggiacciono allo stesso problema. Non è detto che la simvastatina brand, commercializzata in Italia sotto vari nomi commerciali, sia prodotta nello stesso stabilimento, per cui ad esempio anche tra Sivastin® e Sinvacor® deve essere stabilita la bioequivalenza (a meno che

non provengano dalla stessa linea di produzione). Così come tra Aulin®, Nimenol®, Ledoren®, Sulidamor® ecc. che sono sì prodotti *brand* ma prodotti da aziende diverse e quindi con bioequivalenza da verificare.

Questi ultimi sono definiti "prodotti copia" dell'Aulin®, in commercio prima della normativa del 1995 senza alcuna dimostrazione della bioequivalenza e sono stati abbondantemente prescritti dai medici in modo interscambiabile senza eccepire alcunché sulle problematiche della bioequivalenza.

L'equivalenza terapeutica tra due prodotti può essere dimostrata mediante ricerche cliniche comparative, effettuate su gruppi di pazienti con precisi disegni sperimentali. Due prodotti farmaceutici sono considerati bioequivalenti quando i loro profili concentrazione-tempo, ottenuti con la stessa dose somministrata, siano così simili che è improbabile producano differenze rilevanti negli effetti terapeutici e/o avversi.

Il problema è, appunto, simili "quanto". Se lanciamo una moneta 100 volte, ci aspettiamo che esca 50 volte testa e 50 volte croce; ma se ci esce 49 volte testa e 51 volte croce, la moneta è truccata? Il buon senso ci dice di no e che la differenza è dovuta al caso. Ma se il rapporto fosse 40 a 60 o 45 a 55? Insomma quanto deve essere al massimo una differenza per essere dovuta al caso? Di questo si occupa la statistica, con media, errore standard e intervallo di confidenza.

I **test** di bioequivalenza sono basati sul confronto statistico di parametri farmacocinetici che caratterizzano la biodisponibilità dei due prodotti: generalmente vengono usati i parametri AUC (Area sottesa alla curva), Cmax (concentrazione massima) e tmax (tempo massimo di esposizione). Una formulazione da testare e una formulazione standard di riferimento sono definite bioequivalenti se si può determinare, con un buon livello di confidenza, che la differenza tra le loro biodisponibilità rientri in un intervallo predefinito come "intervallo accettabile" di bioequivalenza, convenzionalmente ritenuto compatibile con l'equivalenza terapeutica. Quindi, bioequivalenza significa **equivalenza media** di due farmaci aventi profilo di biodisponibilità accettabilmente simile. Già una differenza di concentrazione del 3-4% determina la fuoriuscita dell'intervallo di confidenza dai limiti stabiliti.

Con **un accordo internazionale delle agenzie regolatorie**, tale intervallo di confidenza è fissato nel range 0,80-1,25, quando si considera la media dei rapporti individuali tra la AUC della formulazione assoggettata a test e quella della formulazione di riferimento; il livello di confidenza è generalmente fissato al 90%. Come possiamo ben capire è molto diverso dalla ruota equivalente della favola, con un diametro di 80 cm contro quello di 100 della ruota brand. Il valore ± 20% è stato scelto perché i fenomeni biologici (come il lancio delle monete) sono variabili; infatti, due unità posologiche dello stesso farmaco, somministrate a due differenti soggetti o in diversi momenti, danno curve di biodisponibilità differenti entro un range del ± 20% (anche Aulin® contro Aulin® in persone diverse!).

Insomma, se somministriamo Aulin® a 10 persone diverse la variabilità dell'AUC deve essere, nelle 10 persone, entro il limite del 20% in più o in meno, perché – per fortuna – siamo individui biologicamente diversi l'uno dall'altro e quel che vale per le nostre cellule non è detto che valga anche per le cellule di un altro.

Un problema serio consiste nel fatto che i test di bioequivalenza sono fatti tra il singolo prodotto generico ed il prodotto brand. Questa situazione non garantisce che due o più generici dello stesso brand siano tra loro bioequivalenti. Per esempio, supponendo che un generico abbia una biodisponibilità (AUC)+15% ed un secondo generico una biodisponibilità –15%; entrambi sono bioequivalenti rispetto allo standard che imitano, ma non sono tra loro bioequivalenti.

Questo problema non è stato ancora affrontato in Italia ed Europa, a differenza degli Stati Uniti, dove un Orange Book periodicamente aggiornato, riporta tutte le bioequivalenze studiate, indicando per ogni generico quali altri prodotti possa sostituire.

Questa variabilità "interna" tra farmaci generici non permette un diretto confronto tra di loro in quanto essi vengono confrontati esclusivamente con la specialità di riferimento e non è facile estrapolare una equivalenza tra di loro.

Data questa situazione ci chiediamo come sia possibile dare al farmacista la possibilità di sostituire un prodotto generico di una marca con quello di un'altra.

In quest'ottica va l'iniziativa della Regione Toscana del 2006 (Circolare 08/06/2006 del settore farmaceutico del dipartimento diritti di cittadinanza e coesione sociale) sulla sostituibilità dei farmaci da parte dei farmacisti, che precisa che solo nel caso il medico non indichi l'azienda produttrice del generico o prescriva un farmaco avente prezzo superiore a quello di riferimento, il farmacista può consegnare il farmaco disponibile, diversamente è tenuto a consegnare il farmaco prescritto. Purtroppo questa circolare è troppo spesso disattesa.

Diversi studiosi hanno sottolineato il fatto che, almeno per alcuni farmaci aventi **un indice terapeutico modesto**, l'intervallo convenzionale di bioequivalenza potrebbe essere troppo ampio e quindi inadeguato a garantire con sufficiente affidabilità che un prodotto bioequivalente sia anche terapeuticamente equivalente. Il problema è par-

ticolarmente rilevante per i farmaci destinati ad uso continuativo e caratterizzati da un modesto indice terapeutico.

Pur rimanendo quindi valido genericamente, il concetto di sostituibilità tra il farmaco di riferimento e un farmaco generico bioequivalente, è evidente come possa essere importante per il medico, conoscere per i singoli prodotti alternativi, il range di scostamento dei parametri di confronto onde poter eventualmente scegliere il prodotto che più si avvicina a quello di riferimento.

La normativa vigente, basata sul DL 323 del 1996 stabilisce che i generici debbano avere "la stessa composizione quali-quantitativa in principi attivi, la stessa forma farmaceutica e le stesse indicazioni terapeutiche". La normativa non prevede la **composizione degli eccipienti**. Gli eccipienti sono gli ingredienti "neutri" (farmacologicamente non attivi) di un farmaco. Essi vengono aggiunti per diversi motivi: rendere maneggevole un farmaco prescritto a dosi molto basse, sciogliere il principio attivo quando lo stesso deve essere somministrato per iniezione, migliorare il sapore per farmaci ad uso orale e così via. I medicinali equivalenti non devono necessariamente contenere gli stessi eccipienti del medicinale originatore. Ciò che deve essere garantito è che il profilo di rilascio del principio attivo dall'originatore e dal medicinale equivalente sia il medesimo. **Tale garanzia si ottiene tramite la dimostrazione della bioequivalenza**.

Tuttavia ci sono eccipienti, sia nei farmaci originatori che nei rispettivi medicinali equivalenti, che richiedono cautela nell'uso da parte di alcune particolari categorie di pazienti. La presenza di questi eccipienti in ciascun medicinale, indipendentemente dal fatto che si tratti di un farmaco originatore o di un equivalente, è segnalata nel foglio illustrativo con apposite avvertenze. L'elenco di questi eccipienti è stilato dalla commissione dell'Unione Europea ed è reperibile sul sito internet dell'agenzia regolatoria europea, al quale rimandiamo per approfondimenti: http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/productinfo/3bc7a_200307en.

Le indicazioni terapeutiche del farmaco generico sono identiche al medicinale originatore commercializzato nel Paese da cui parte la procedura di Mutuo Riconoscimento. In tale Paese il prodotto di marca potrebbe non avere tutte le indicazioni che un medicinale contenente lo stesso principio attivo ha in Italia, se l'autorizzazione del prodotto italiano è solo "nazionale". Quando la procedura del generico giunge in Italia è possibile quindi che le indicazioni proposte siano difformi, in genere più limitate, rispetto al corrispondente farmaco di marca presente in Italia.

Queste problematiche sono ben chiarite nella circolare formulata dall'AIFA (prot. STD4/191.P del 16.02.2011), in risposta ad un quesito della Regione Emilia Romagna sulla difformità di indicazione dei diversi medicinali contenenti clopidogrel.

La suddetta Nota riporta infatti che: "(…) Il Plavix® e i suoi generici non sono un'eccezione in quanto la differenza delle indicazioni terapeutiche è piuttosto la norma nelle procedure europee diverse dalla centralizzata. In questo contesto è possibile **rassicurare tutti che la prescrizione di un medicinale al posto di un altro non costituisce una prescrizione off-label** perché la sostituibilità di un originatore (esempio Plavix®) con un suo generico si basa sulla documentazione di bioequivalenza e non sull'esecuzione di studi preclinicici e clinici".

L'Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO), è un'organizzazione internazionale creata allo scopo di supervisionare gli accordi commerciali e le regole sulla proprietà intellettuale (brevetti) tra gli stati membri.

Vi aderivano, a luglio del 2008, 153 Paesi a cui si aggiungono 30 Paesi osservatori, che rappresentano circa il 97% del commercio mondiale di beni e servizi.

La durata dei brevetti dei farmaci e le regole attinenti a questo mercato del tutto particolare, sono normate da questo organismo internazionale ed ogni stato membro deve adeguare la propria legislazione, coerentemente con quanto stabilito da WTO.

I brevetti rispettano la caducità umana ed anche loro decadono dopo un congruo numero di anni.

Com'è giusto che sia.

Immaginiamoci un mondo dove i frigoriferi, le lavastoviglie, i motori a scoppio, i pneumatici, i telefoni, i cellulari, i treni, i computer sono monomarca, quella dell'inventore, magari di 100 anni fa.

A noi non piace.

Una considerazione e una domanda finali.

La **considerazione**: le norme e le regole sui farmaci generici sono le stesse in tutta Europa (ed anche in Canada ed USA), le aziende produttrici idem (la Teva o la Sandoz quando fanno la pasticchina, la fan per tutti; la Teva è un multinazionale israeliana che produce oncologici per tutto il mondo, quando fa la compressina di citalopram non pensiamo che la faccia diversa per i medici italiani!).

La **domanda**: quale sarà allora – date le premesse – la causa dell'accanimento di molti medici italiani contro i farmaci equivalenti? **TM**

Rielaborato da VobiSNewSMagazinE Giugno 2012.

Il paradosso del Servizio Sanitario Nazionale

Tra *Spending review* e *Health data* OECD 2012

Carlo Palermo, spec. in Reumatologia e in Medicina Interna. Dirigente Medico, responsabile di Struttura Semplice, presso l'U.O. di Medicina Interna del Presidio "Ospedali Riuniti Alta Val d'Elsa", Azienda USL 7 Siena, è impegnato nello sviluppo di un progetto di integrazione Ospedale-Territorio per la gestione dello Scompenso Cardiaco.

CARLO PALERMO

Coordinatore della Conferenza dei Segretari Regionali Anaao Assomed

Il principale tra i motivi che hanno indotto il Governo Monti al taglio di ulteriori 4,5 miliardi di € al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è quello di una sua maggiore crescita negli ultimi anni rispetto ad altre voci di spesa pubblica del nostro Paese. Tralasciando la singolarità di confrontare voci di spesa pubblica che hanno dinamiche e contenuti economici e sociali ben differenziati, se leggiamo gli *Health Data* recentemente pubblicati (giugno 2012) dall'OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) si rimane colpiti dall'assoluta inconsistenza delle motivazioni che sottendono il taglio delle risorse. L'Italia, con riferimento al periodo 2000/2009, è in assoluto il paese più virtuoso nella percentuale di crescita annuale della spesa sanitaria in termini reali: appena l'1,9%/anno su una media OECD del 4,7%. La Germania, spesso citata come un paese virtuoso, è al 2%, la Francia al 2,7%, il Regno Unito al 5,4%, gli Stati Uniti al 4,3%. Se consideriamo la spesa annuale globale sanitaria in rapporto al PIL, essa è in Italia al 9,3% nel 2010 ed è scesa al 9,1% nel 2011. La media dei paesi OECD è stata del 9,5% nel 2010. Lontanissimi dal nostro virtuosismo Francia (11,6%), Germania (11,4%), Svizzera (11,4%), Olanda (12%), Stati Uniti (17,6%). Se si trasforma, poi, la spesa sanitaria pubblica e privata in dollari pro-capite, normalizzando per il potere d'acquisto, la sorpresa è ancora maggiore. L'Italia per la prima volta è in discesa rispetto agli anni passati con un valore di 2964 $, ben al di sotto della media OECD di 3269 $ pro-capite, che separa, come uno spartiacque, i paesi cosiddetti economicamente e socialmente avanzati da quelli che solo recentemente si sono avviati verso un adeguato sviluppo dell'economia e delle tutele sociali. Oramai il confronto l'Italia lo può sostenere solo con Spagna, Grecia, Portogallo, Slovenia, Israele, Slovacchia. La Germania spende 4438 $ pro-capite/anno, la Francia 3974, la Svizzera 5270, l'Austria 4395, il Regno Unito 3433.

I dati OECD mostrano un paradosso del nostro SSN: se da un lato abbiamo una delle spese più basse, l'efficienza di questa spesa è molto alta quando la valutiamo in termini di esiti clinici. L'aspettativa di vita alla nascita è di 82 anni (media OECD 79,8), solo Giappone e Svizzera fanno meglio; la mortalità infantile per mille nati vivi è 3,4 rispetto ad una media OECD di 4,3; i potenziali anni di vita persi per 100.000 persone/anno sono 3468 rispetto ad una media OECD nettamente superiore (4879); i tassi di mortalità per patologie a forte impatto epidemiologico e sociale come l'Infarto miocardico acuto e lo Stroke ischemico sono tra i più bassi nel panorama europeo grazie all'organizzazione della rete ospedaliera e territoriale.

Le differenze evidenziate sono eclatanti. Lo stato di salute della popolazione italiana è certamente migliore di quello medio dei paesi OECD e mancano pertanto seri indizi su un rilevante tasso di inefficienza economica in ambito sanitario, tale da poter giustificare riduzioni ulteriori di spesa (si veda in proposito: VIII Rapporto Sanità Ceis Tor Vergata).

Nel 2010 la spesa sanitaria è stata di circa 111 miliardi di €. La manovra di Tremonti comporterà a regime (2014) un taglio lineare di circa 8 miliardi di € al finanziamento del fondo sanitario nazionale. La manovra Monti aggiunge un ulteriore taglio, in gran parte lineare, di 4,7 miliardi di €. Qualcuno pensa seriamente che una riduzione intorno al 12% del finanziamento pubblico non abbia conseguenze sulla quantità e qualità dei servizi sanitari erogati? In realtà lo stesso titolo della *Spending review* riportato in Gazzetta ufficiale tradisce questa preoccupazione da parte dei nostri governanti: "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*".

Per immaginare i nostri possibili futuri scenari basta osservare cosa sta succedendo in Grecia e Portogallo (si legga in proposito l'articolo di Ste-

fania Gabriele e George France su lavoce.info): lo stato di salute della popolazione è in progressivo peggioramento; i ticket, l'incremento delle tariffe, il blocco se non la decurtazione degli stipendi, i licenziamenti determinano l'impoverimento di fasce sempre più ampie della popolazione e si associano ad una rinuncia alle cure con incremento dei tassi di mortalità e morbilità per le patologie prevalenti; gli ospedali pubblici, in crescente difficoltà per il taglio dei finanziamenti e la riduzione del personale, devono far fronte ad una richiesta incrementata di ricovero (+ 25% in Grecia) mentre si riduce il ricorso alle strutture private (-30%); i pronto soccorso e le strutture gestite da ONG, prima frequentate solo da immigrati, oggi accolgono anche un crescente numero di cittadini di questi paesi; le famiglie al di sotto della soglia di povertà rappresentano il 20% del totale ed in queste famiglie vivono centinaia di migliaia di bambini con importanti problemi di denutrizione (Dati Unicef-Atene). L'aumento del disagio sociale e dello stress psicologico secondario al peggioramento delle condizioni economiche dei singoli è segnalato drammaticamente anche dall'incremento dei suicidi (in Grecia + 40% nel 2011 rispetto al 2007).

Arriveremo a questi drammi sociali in Italia? Ci auguriamo di no. Ma quando alla caduta importante delle capacità economiche dei cittadini si affianca un attacco al sistema di welfare e al sistema sanitario in particolare, lo scenario che si apre rischia di avvitarsi verso il dramma perché viene a mancare quel ruolo di collante e di "ammortizzatore" sociale che da sempre svolge il SSN. La riduzione dei posti letto ospedalieri al 3,7 per mille abitanti e delle dotazioni organiche potrebbe trasformarsi, se non accompagnati dallo sviluppo dei servizi territoriali, in una ulteriore barriera di accesso fisico alle cure, che si sommerebbe alle barriere economiche già analizzate. L'Italia già oggi ha un tasso di posti letto più basso della media OECD (4 contro 4,9 per mille) e molto lontano da quello dei paesi con cui oramai non possiamo più confrontarci: Germania 8,3‰, Francia 6,3‰, Svizzera 5‰, Austria 7,6‰. La coartazione drammatica del perimetro dei diritti in campo sanitario e l'incremento del disagio sociale potrebbero rappresentare un *mix* preoccupante, tale da avere conseguenze anche sulla tenuta democratica del nostro Paese. La lotta agli sprechi dovrebbe servire a garantire i necessari investimenti per mantenere gli ottimi livelli quali-quantitativi raggiunti nell'erogazione dei servizi sanitari, come dimostrano i dati OECD, riducendo le disparità tra nord e sud e le barriere che ostacolano l'accesso ai servizi che rappresentano i veri elementi di iniquità del sistema.

La sanità ridiventa, dopo 13 anni, un tema centrale nell'agenda politica italiana, ma la politica è pronta per un nuovo pensiero sull'organizzazione della sanità pubblica?

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

Commissione Odontoiatri:
il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

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

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

~ ~ ~

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

Fondo Globale: più performance dalla ristrutturazione

Daniele Dionisio, membro del Gruppo di Lavoro del Parlamento Europeo per Innovazione, Accesso ai Farmaci e Malattie della Povertà. Consigliere "Medicine per i Paesi in via di Sviluppo" per la Soc. Ital. di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), e già direttore della Div. di Malattie Infettive dell'Osp. di PT. Dal febbraio 2012 è responsabile del progetto di ricerca Geopolitics, Public Health and Access to Medicines (GESPAM) http://www.equilibri.net/nuovo/gespam.

Il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria (GF) è un partenariato fra governi, società civile, settore privato e comunità afferenti, quale finanziatore internazionale di programmi per la prevenzione e terapia di HIV/AIDS, tubercolosi (TB) e malaria http://www.theglobalfund.org/en/.

Spinto da un deficit finanziario, il Fondo ha avviato un processo di ristrutturazione per migliorare efficienza e prestazioni, fondato sulla ridistribuzione dello staff, su modelli flessibili di business e allocazione delle risorse, e su nuovi approcci per semplificare e accelerare l'erogazione dei "grants", incrementare le donazioni e perfezionare la capacità previsionale.

Dal suo inizio nel 2002, il GF è ormai il principale finanziatore di iniziative di lotta ad AIDS, TB e malaria, con 23 miliardi di dollari disponibili per oltre 1.000 programmi in 151 paesi. In risposta ad articolati programmi nazionali, il GF elargisce fondi vincolati all'impegno di risultati documentabili.

DANIELE DIONISIO

Già Direttore della Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale di Pistoia.

Oggi, i programmi sostenuti dal GF assicurano terapie per HIV e TB a 3.6 milioni e 9.3 milioni di persone rispettivamente (incrementi del 21% dalla fine del 2010), e 270 milioni di zanzariere impregnate di insetticida per la prevenzione della malaria (http://www.theglobalfund.org/en/about/diseases/).

E, grazie ai programmi sostenuti dal GF, il numero dei casi di malaria in trattamento è aumentato a 260 milioni mentre i servizi per TB/HIV sono più che raddoppiati, le sedute di testing e counselling per HIV sono salite a 210 milioni (una crescita del 43%), e il numero delle gravide con HIV sottoposte a ciclo completo di terapia antiretrovirale ha toccato il milione e mezzo (http://www.theglobalfund.org/en/).

Complessivamente, mentre quasi 9 milioni di vite sono state risparmiate grazie ai programmi del GF, l'istituzione punta oggi a destinare almeno 8 miliardi di dollari in "grants" per la lotta ad HIV, TB e malaria durante i prossimi 20 mesi, di cui 5 miliardi per la sola Africa (http://www.theglobalfund.org/en/mediacenter/newsreleases/2012-07-05_General_Manager_Says_Global_Fund_Offers_Outstanding_Value_for_Money/).

Drastica ristrutturazione

Ma queste prospettive potrebbero rivelarsi vuote ora che il GF è stretto da una crisi di bilancio per rallentate o congelate donazioni in conseguenza della crisi economica globale (http://www.nytimes.com/2012/02/02/opinion/why-the-global-fund-matters.html?_r=1).

Urgono misure per mantenere il GF all'altezza del compito e delle attese, tanto più necessarie oggi che i donatori premono per migliore performance e maggiori ritorni dai loro investimenti.

Coerentemente, il 23 Novembre 2011, il Board del GF decise di rifiutare nuove richieste di "grants" almeno sino al 2014, di finanziare solo programmi correnti a termine entro il 2014 e di ridurre ulteriormente il supporto economico ad alcuni paesi con più alto medio reddito. Il Board decise inoltre la nomina di un General Manager incaricato di traghettare il GF, attraverso una drastica ristrutturazione, verso migliori prestazioni (http://www.theglobalfund.org/en/mediacenter/newsreleases/2011-11-23_The_Global_Fund_adopts_new_strategy_to_save_10_million_lives_by_2016/ www.devex.com/en/news/78725/print).

Così, sin dalla nomina di Gabriel Jaramillo lo scorso Febbraio, il GF si è lanciato in una "rivoluzione" interna per la gestione ottimizzata dei "grants", l'aumento delle donazioni, e il rafforzamento delle capacità previsionali (http://www.globalpost.com/dispatches/globalpost-blogs/global-pulse/general-manager-global-fund-jaramillo).

Il ridisegno include un approccio perfezionato alla gestione del rischio frode Paese, mediante stretta attenzione ai risultati delle investigazioni condotte dall'Ufficio dell'Ispettore Generale nel periodo 2005-2012 (http://www.plusnews.org/Report/95941/HIV-AIDS-Straight-Talk-with-Mark-Eldon-Edington-Global-Fund-director-of-country-programmes http://www.theglobalfund.org/en/mediacenter/newsreleases/2012-07-10_Global_Fund_Releases_an_Analysis_of_Audits_and_Investigations_2012/).

Queste indagini hanno rivelato che almeno il 3% dei sovvenzionamenti sono stati spesi male o inappropriatamente, o rendicontati insufficientemente.

Non stupiscono, perciò, le profonde modifiche associate alla globale ristrutturazione in corso al GF:

- taglio del 40% nel settore burocratico con riconversione del 75% dello staff alla gestione dei "grants";
- implementazione delle raccomandazioni espresse da un panel per la supervisione dei controlli finanziari attuati dal GF e delle modalità di spesa dei fondi;
- costituzione di 3 unità per il controllo di 20 Paesi espressivi di oltre il 70% del carico globale di HIV, TB e malaria: due unità sono devolute all'Africa ed una all'Asia;
- "country-teams" per la gestione dei "grants" formati da membri di differenti dipartimenti posti a lavorare insieme;
- apertura ai partners nelle commissioni del GF, per aumentare confronto e condivisione sugli investimenti da decidere. Oltre ai Paesi donatori, i partners includono, tra gli altri, la società civile, il settore privato, e istituzioni quali PEPFAR (U.S. President's Emergency Plan to Fund AIDS Relief), PMI (President's Malaria Initiative), RBM (Roll-back Malaria), Stop TB;
- riforma delle commissioni per HIV, TB e malaria per verificare mensilmente il progresso delle operazioni e correggere il tiro;
- rafforzamento delle iniziative di prevenzione;
- sostituzione del "rounds-based grant system" con un nuovo modello di finanziamento mirato a interventi, Paesi e popolazioni più bisognosi e alla semplificazione e sveltimento del processo di erogazione (www.theglobalfund.org/en/blog/29479/ http://www.theglobalfund.org/en/mediacenter/newsreleases/2012-09-14_Global_Fund_Adopts_New_Approach_to_Funding_Grants/). In termini generali:
  - i fondi saranno canalizzati a specifici gruppi di Paesi e ulteriormente suddivisi per ciascun Paese del gruppo in funzione delle criticità e priorità per la salute;
  - i richiedenti sottoporranno una nota di concetto più breve e snella di quanto sinora previsto e riceveranno sollecito feedback su eventuali modifiche utili al rapido conseguimento del "grant";
  - le richieste di "grant" non saranno più presentate a scadenze fisse, ma secondo tempistiche "nazionali".

Perfezionamenti sono attesi al prossimo meeting del Board GF in novembre. In ogni caso:

- il GF continuerà a focalizzare sui Paesi a basso e a basso-medio reddito, e ad implementare circa il 40% dei "grants" tramite la società civile per il massimo effetto in aree remote e nelle fasce a maggior rischio. Al riguardo, i Country Coordinating Mechanisms (CCMs) manterranno il ruolo di entità primaria responsabile in ciascun Paese della formulazione delle richieste e della sorveglianza sui "grants". E ogni CCM embricherà con tutti gli addetti, società civile inclusa, per la produzione di robuste richieste al GF;
- il GF continuerà ad incoraggiare i percettori dei "grants" ad applicare le flessibilità previste dall'Accordo TRIPS dell'Organizzazione Mondiale del Commercio per consentire il più basso prezzo per farmaci di certificata qualità (http://www.worldtradelaw.net/uragreements/tripsagreement.pdf);
- il GF implementerà la collaborazione con i ministeri per la salute allo scopo di rafforzare i sistemi nazionali, migliorare trasparenza e responsabilità, dare impulso ai canali locali di fornitura e approvvigionamento di farmaci, e supportare la formazione dei quadri medici e paramedici.

Di nuovo in business?

Dopo tutte le modifiche fatte o in divenire, è il GF pronto a riguadagnare business?

Probabilmente sì se lo scorso maggio il Board ha previsto la disponibilità di 1.6 miliardi di dollari per il periodo 2012-14 grazie a nuove donazioni, accelerati esborsi e rinuncia di alcuni governi a parte dei finanziamenti a favore delle nazioni a basso reddito (http://www.hivhaven.com/2012-04-13-23-02-40/hiv-world-news/859-board-of-global-fund-speeds-up-implementation-of-its-strategy).

Infatti, Paesi come India, Russia e Cina giocano oggi parti importanti sia come donatori al GF sia come beneficiari di "grants".

Purtroppo, il passo corrente difficilmente permetterà il conseguimento entro il 2015 degli obiettivi del Millennio per la salute. E appena il 41% dei Paesi sostenuti dal GF raggiungeranno il traguardo del taglio alla mortalità infantile e quelli connessi alla lotta ad AIDS, malaria e altre infezioni (http://www.theglobalfund.org/en/mediacenter/newsreleases/2012-07-05_General_Manager_Says_Global_Fund_Offers_Outstanding_Value_for_Money/).

Ecco perchè il GF instancabilmente persegue opera di persuasione affinchè Paesi a rapida crescita come Cina, India, Brasile, Indonesia, Messico, Corea del sud, Arabia Saudita e Turchia (accanto a donatori principali quali Francia, Giappone, Stati Uniti, Inghilterra Germania, e la Fondazione Gates) donino e incrementino considerevolmente i loro contributi (http://www.ip-watch.org/2012/04/27/confidential-documents-show-tough-staff-choices-at-global-fund/ - www.devex.com/en/news/78794/print - http://www.gatesfoundation.org/press-releases/pages/renewing-commitment-to-the-global-fund-120126.aspx).

Ma, sono i Paesi avanzati pronti ad abbracciare oggi gli appelli del GF come un'opportunità di sicurezza nazionale e vantaggioso ritorno sui loro versamenti, piuttosto che come un pesante fardello in tempi di recessione economica? Questo farebbe davvero la differenza.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: d.dionisio@tiscali.it

TM

La prevenzione delle cadute in ospedale

Silvia Guarducci si è laureata in Medicina e Chirurgia nel 2003 c/o l'Univ. di Firenze. Dal 2003 al 2006 ha frequentato il corso di formazione in Medicina Generale. Dal 2008 è medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva. Svolge un tirocinio formativo c/o Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze.

SILVIA GUARDUCCI[1], VEGA CECCHERINI[1], ANTONELLA ALESSANDRI[2], SARA BRUGNOLI[2], GIANCARLO BRUNETTI[3], DAVID BUCCIONI[3], SILVIA LATINI[4], SIMONE NALDINI[2], ALBERTO APPICCIAFUOCO[5]

[1] *Medico in formazione specialistica presso la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze*
[2] *Medico Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio Firenze*
[3] *Direzione Infermieristica Ospedale San Giovanni di Dio Firenze*
[4] *Direttore Infermieristico Ospedale San Giovanni di Dio Firenze*
[5] *Direttore Sanitario Ospedale San Giovanni di Dio Firenze*

Le cadute dei pazienti durante l'assistenza sanitaria sono tra le prime cause di sinistri denunciati a carico delle Aziende Sanitarie: è pertanto fondamentale focalizzare l'attenzione del personale sulla gestione di tale rischio. Esistono a questo fine raccomandazioni e strumenti validati da un punto di vista scientifico, efficaci nel ridurre l'incidenza delle cadute ed utili per supportare la gestione del paziente a seguito dell'evento avverso.

Le linee guida rilasciate dalla *Agency for Healthcare Research and Quality* statunitense forniscono utili raccomandazioni per la prevenzione della cadute: identificare le persone che hanno una storia di cadute, determinare il rischio di future cadute e ridurre i fattori di rischio individuali; considerare, quando possibile, la riduzione delle terapie farmacologiche per le persone anziane che prendono 4 o più farmaci e in generale per quelli che assumono psicofarmaci; minimizzare l'allettamento durante il ricovero per pazienti anziani. Inoltre, non esiste nessuna evidenza scientifica che supporta l'uso di mezzi fisici di contenimento come strategia per la prevenzione delle cadute in pazienti anziani.

La valenza fortemente negativa che l'evento può assumere in termini di qualità dell'assistenza nonché le conseguenze di ordine etico e talvolta giuridico per gli operatori coinvolti, giustificano la necessità di centrare l'attenzione sul fenomeno.

Nell'Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze vengono seguite le raccomandazioni 2011 del Ministero della Salute in materia di prevenzione delle cadute, che suggeriscono di utilizzare appropriate modalità di valutazione del rischio di caduta del paziente, di eseguire una valutazione ambientale periodica e di costruire strumenti di integrazione tra struttura sanitaria e territorio.

In particolare, dal maggio 2011 è in vigore un sistema di stratificazione del rischio cadute, segnalazione delle cadute e analisi dell'evento.

La stratificazione del rischio al momento dell'ingresso in ospedale viene fatta dagli infermieri mediante la scala di Conley, di facile utilizzo, composta da 6 fattori che classificano il rischio di cadere ed individuano un valore soglia di 2 punti su 10 per indicare la presenza di rischio. I primi tre fattori sono raccolti dal rilevatore intervistando direttamente il paziente o i familiari o l'infermiere a cui è assegnato il paziente, mentre i rimanenti tre sono rilevati mediante osservazione diretta.

Questa scala presenta un buon livello di sensibilità, consentendo di individuare molti pazienti a rischio di caduta che effettivamente cadranno, ma presenta per contro un basso livello di specificità classificando a rischio molti pazienti che non cadranno.

L'operatore sanitario che è testimone diretto o indiretto della caduta di un paziente segnala l'evento riportandolo nella sezione dedicata del *software* di gestione della cartella clinica integrata. In tale scheda l'operatore riporta, oltre alla data della caduta, la dinamica dell'evento, il luogo in cui è avvenuto, la giornata di degenza, l'esito della caduta, gli eventuali fattori predisponenti e se era stata o meno effettuata la stratificazione del rischio mediante la scala Conley.

Viene inoltre periodicamente promosso un audit clinico per l'analisi approfondita delle cadute che si sono verificate nei mesi precedenti.

Infine, è in fase di attivazione la sperimentazione della dimissione infermieristica, che conterrà indicazioni sui problemi di tipo assistenziale che rimangono aperti al momento della dimissione e sulle misure da adottare per contenerli, utilizzabile anche come interfaccia con le cure infermieristiche territoriali.

Da maggio a dicembre 2011 sono state segnalate nel nostro presidio 88 cadute, avvenute per il 72% (63 eventi) nei reparti di Area Medica; nell'84.1% dei casi era stata effettuata la valutazione del rischio mediante scala Conley.

Il 44.8% degli eventi è avvenuto mentre il paziente si alzava dal letto, il 10.3% nel trasferimento autonomo dal letto alla sedia (o barella/carrozzina), il 12.6% mentre il paziente camminava per andare in bagno o in corridoio, il 9.2% in corso di transitoria perdita di coscienza, il 6.9% mentre effettuava l'igiene personale, mentre nel 16% dei casi la dinamica dell'evento non è stata rilevata. Il 17.2% dei pazienti ha riportato danno in seguito alla caduta.

Ogni caduta può essere dovuta a possibili carenze organizzative e va sempre prevenuta e analizzata (non solo in caso di morte o grave danno).

Obiettivo generale e prioritario delle strutture sanitarie deve essere infatti la riduzione dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati, ottenuta mediante l'*empowerment* di operatori e pazienti nella prevenzione delle cadute, la condivisione di metodi e strumenti di rilevazione ed analisi delle cadute, senza dimenticare la buona gestione della relazione con i pazienti e con i familiari a seguito della caduta, anche per attenuare il contenzioso.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: specializzande.sgd@asf.toscana.it

TM

La "menzogna" nella clinica medica

Alessandro Bani, Medico Chirurgo, laureato e specializzato in Psichiatria presso l'Università di Pisa. Ha pubblicato oltre cento lavori scientifici ed è autore di libri scientifici tra i quali La Paura; La Violenza, Il Suicidio. Lavora presso Il Servizio Psichiatrico della Asl 12 di Viareggio.

Introduzione

La menzogna (bugia) è una modalità di comunicare utilizzata sia dal bambino, che dall'adolescente che dall'adulto durante la vita quotidiana, e può essere utilizzata in modo intenzionale e talvolta con scarsa consapevolezza.

Il bambino intorno al secondo anno d'età sviluppa delle capacità intellettuali, che gli permettono di creare astrazione fingendo di essere una persona o un animale o una cosa differente da ciò che è, costruendo le sue "prime bugie"; nell'adolescenza scoperte sessuali e sentimentali, amicizie e vita di gruppo sono esperienze difficili da comunicare agli adulti e spesso vengono omesse ai genitori o mascherate con vere e proprie bugie; d'altra parte "i ragazzi che sostengono di dire sempre la verità in famiglia devono preoccupare" (Charmet). Nell'adulto il mentire non è necessariamente un indice di psicopatologia; alle volte nascondere la verità a noi stessi come agli altri può aiutare ad affrontare meglio situazioni problematiche.

ALESSANDRO BANI

Dirigente medico Psichiatra - Asl 12 Viareggio

Si dice una bugia tramite omissione e ricorriamo a forme d'inganno con sorrisi, pianti, trucchi, vestiario. Simuliamo vissuti di rabbia, di dispiacere come di orgasmo; sorridiamo gentilmente augurando il peggior male all'interlocutore. Mentiamo a noi stessi.

Le persone mentono per ottenere promozioni, favori, posti di lavoro; da un lato quindi le menzogne servono a beneficiare se stessi o gli altri; vengono raccontate sia con uno scopo economico-materiale sia per un "guadagno psicologico" per ottenere stima, affetto, rispetto (Miniati & Barsella)[1]. Un aspetto particolare della menzogna è l'autoinganno terapeutico che è quell'abilità del soggetto a costruirsi visioni della realtà che lo conducono a cambiare le sue disposizioni: immaginare che un evento sia vero può essere ripetuto a noi stessi sino a persuadere altri di quello di cui vogliamo persuaderci.

La bugia viene utilizzata anche in specifiche situazioni per le quali tuttavia non capiamo il significato ultimo; è il caso, ad esempio, del mentire da parte di un paziente al medico e/o terapeuta

[1] "So quel che dico". Miniati M., Barsella E., Ed. Debatte, Livorno 2012

che dovrebbe aiutarlo e che dovrebbe avere tutte le informazioni utili a questo scopo: è questo un fenomeno che stimola riflessioni e certamente da valutare con attenzione.

Aspetti del "mentire" nella clinica medica

Il medico ed in particolare lo psichiatra si trova molto spesso di fronte al paziente che mente: il paziente che nega una dipendenza dal fumo, dall'alcool, che giura l'esatta attenzione alla prescrizione farmacologica, che inventa situazioni drammatiche per far credere alla sua sofferenza psicologica, che simula un dolore più o meno acuto...

Durante una relazione terapeutica, possiamo identificare alcuni tipi di menzogna in base al grado di *"coscienza dell'Io"* intendendo con questa terminologia la coscienza come consapevolezza di se stessi e della realtà esterna separata (Jaspers). È attraverso questo processo esperenziale che l'individuo diventa cosciente della propria personalità. Possiamo trovarci di fronte a situazioni nelle quali la consapevolezza è intatta, come la menzogna per giustificazione o difesa (quella dell'imputato, del soggetto colto in flagrante), oppure trovarci di fronte a quadri clinici in cui il livello di coscienza è al limite, come nei Disturbi Fittizi e nelle Personalità Borderline, fino ad arrivare, attraverso quadri caratterizzati dalla "scissione" come l'Isteria, la Personalità Multipla, ed al Disturbo Delirante.

Infine, particolari tipi di menzogna che il clinico e lo psichiatra in particolare, deve tener presente sono le confabulazioni e le fantasie fatte in stato di confusione mentale, nella Sindrome di Korsakoff, in alcune forme di demenza, dove la coscienza dell'Io è pressoché nulla.

La **pseudologia fantastica** (**bugia patologica**) è un'elaborazione intenzionale e dimostrativa di esperienze o eventi molto poco probabili e facilmente confutabili (Sarteschi e Maggini, 1982). Categoria nosografica ancora discussa in psichiatria (Dike e Coll., 2005), è stata descritta per la prima volta da Anton Delbrück nel 1891, ed è caratterizzata dal ricorso abituale alla bugia. Si ritrova in soggetti istrionici o psicopatici (i cosiddetti "bugiardi patologici") e può riguardare i più disparati eventi o argomenti (per esempio: luoghi diversi, avventure galanti, situazioni improbabili, ecc.), talora amplificati parossisticamente fino a raggiungere gradi altissimi di inverosimiglianza. Viene giudicata un prodotto diretto dell'immaginazione: non dipende pertanto dai deficit di memoria e non deve quindi essere confusa con le confabulazioni (Sarteschi e Maggini, 1982).

La **pseudologia fantastica,** intesa quindi come dichiarazione consapevole e volontariamente contraria alla verità e al proprio pensiero, dal punto di vista psicodinamico, da alcuni è considerata come un mezzo per dominare sentimenti di disperazione in risposta ad angosce di separazione (Abraham K., 1923); per ridurre il conflitto tra elevati ideali dell'Io e quella parte dell'Io del paziente svalutata e oppressa dalla colpa (Holpert E, 2000); per far fronte alla vita con una personalità "come se" o, ancora, per creare un'identità avendo fallito precedentemente in tale scopo.

Possiamo distinguere il bugiardo patologico da quello compulsivo.

Il **bugiardo patologico** è colui che mente incessantemente per cercare di ottenere qualcosa e lo fa senza troppo curarsi delle conseguenze che questo comportamento può avere sugli altri. L'abitudine alla menzogna è vista come meccanismo per affrontare la realtà, un meccanismo sviluppatosi in età infantile che spesso è associato ad altre problematiche psicologiche. Il bugiardo patologico è manipolativo, autocentrato e poco empatico rispetto alla dimensione psicologica delle altre persone.

Il **bugiardo compulsivo** invece non mente per raggiungere un fine specifico; mente semplicemente per abitudine e soprattutto perché mentire lo fa stare meglio di quanto starebbe dicendo la verità.

Passando a quadri clinici in cui la menzogna acquista un significato strettamente psicopatologico troviamo **i Disturbi Fittizi.** In questi disturbi i sintomi, fisici o psichici, sono intenzionalmente prodotti dal soggetto, sono compulsivi e/o sostenuti da un comportamento cosciente finalizzato al raggiungimento di obiettivi inconsci.

Nella **Sindrome di Munchausen,** descritta da Asher e considerata una forma del comportamento patologico del malato, la "simulazione" può essere consapevole con la ferma intenzione di ingannare il medico, ma può anche verificarsi la patologia fittizia mediante lo sconfinamento verso una progressiva alterazione dello stato di coscienza.

Nel **Disturbo Borderline di Personalità** la pseudologia fantastica assume caratteristiche di sistematicità e più facilmente che per altre condizioni psicopatologiche rientra nell'insieme delle attività antisociali, come il parassitismo, il furto, lo sfruttamento degli altri, in cui l'elemento narcisistico fa sì che il contatto con la realtà possa essere mantenuto solo creando di "un falso se".

Altri quadri psicopatologici sono costituiti dalla **Personalità Multipla** e dell'**Isteria** in cui la costruzione fantastica diventa un mezzo che il paziente utilizza per negare la realtà psichica.

Nell'isteria[2] tutto può diventare "menzogna", dall'atteggiamento seduttivo del paziente a quello di accusare amnesie o di attuare fughe (psicogene). Gli eventi parossistici, come la grande crisi di agitazione descritta da Charcot, l'attacco di sonnambulismo in pieno giorno fino alla simulazione di una crisi di epilessia sono relativamente rari; più frequenti invece gli atteggiamenti di seduzione con il quale l'isterico mette in atto il bisogno di attirare l'attenzione su di sé, presentando egocentrismo, dipendenza affettiva, mancanza di controllo emozionale, provocazione, erotizzazione della relazione, avidità affettiva.

L'amnesia è un aspetto che caratterizza l'atteggiamento di rifiuto dell'isterico; si tratta della dimenticanza di un avvenimento, in cui il paziente è troppo coinvolto negli affetti, e di tutto quello che vi si riferisce, talvolta si tratta di un'amnesia delle parole che l'isterico vuole pronunciare e subito dimentica.

Da evidenziare come fino ad oggi la nosografia internazionale preferisce parlare di ***Disturbo di Conversione.*** *Questo generalmente è temporaneo, monosintomatico, improvviso, differenziandosi dal Disturbo di Somatizzazione che è cronico, polisintomatico e coinvolge molti organi. Considerando una connessione temporale tra un evento (situazione di stress emozionale) per la persona e l'esacerbazione di un sintomo fisico, ci troviamo di fronte ad una condizione in cui esiste un* ***"vantaggio primario":*** *il sintomo permette al soggetto di fissare la propria attenzione su di esso e mantenere fuori del proprio campo di coscienza il conflitto intrapsichico che sta alla base del sintomo fisico stesso. Si dice, allora, che la persona ha convertito (da qui Disturbo di Conversione) il proprio disagio psicologico in un sintomo fisico. Si parla di "****vantaggio secondario"*** *quando l'individuo, grazie al suo sintomo fisico, può evitare una condizione che ritiene pericolosa, non desiderata e quando grazie ad esso può ricavare sostegno dall'ambiente circostante.*

Conclusioni

Non sempre il paziente è sincero davanti al terapeuta. Gli aspetti della menzogna sono variegati ed hanno origini, manifestazioni e significati clinici diversi. Al di là, quindi, di un'anamnesi completa del paziente che preveda l'anamnesi familiare, fisiologica, patologica prossima e remota diventa essenziale approfondire la personalità premorbosa, l'ambiente familiare, lavorativo e gli eventuali eventi stressanti. Da indagare con attenzione gli eventuali "fini" non terapeutici e consci del soggetto ma anche l'eventuale scarsa consapevolezza del soggetto nel mentire.

Il clinico deve aver sempre presente della possibilità di un atteggiamento manipolatorio che un paziente può fare della visita e dei sintomi accusati, indagare eventuali vantaggi reali (rimborsi da assicurazioni, rimborsi economici, false invalidità ecc.) sia vantaggi secondari.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: banialex@virgilio.it

TM

[2] Come è noto il DSM-IV scompone l'isteria in tre tronconi principali: disturbi somatoformi, disturbi dissociativi, disturbo istrionico di personalità. Definiti i principali meccanismi isterici: conversione, dissociazione, scissione, repressione, gli studiosi indicano la possibilità di costruire uno **spettro isterico**, avente come fenomeno psicopatologico centrale quello della **dissociazione della coscienza** e comprendente diversi disturbi: disturbi dissociativi, disturbo post-traumatico da stress, disturbo da stress acuto, disturbo borderline di personalità, disturbo istrionico di personalità, disturbo narcisistico di personalità, disturbi del comportamento alimentare, disturbi somatoformi, disturbi dell'adattamento e disturbi fittizi.

CONVENZIONI STIPULATE CON L'ORDINE DEI MEDICI DI FIRENZE PER I PROPRI ISCRITTI

ALBERGHI

L'**Hotel Panama** di Firenze, in Via XX Settembre n. 80, sito web www.hotelpanamafirenze.it: Camera singola 69 €; doppia uso singola 84 €; doppia uso singola Superior, 94 €; doppia, 105 €; doppia Superior, 125 €; Junior suite, 165 €. Le tariffe preferenziali sono comprensive di prima colazione a buffet, Internet MacPoint, City bike a disposizione, tasse e servizio. Tassa di soggiorno esclusa.

L'**Hotel Malaspina** di Firenze, in Piazza Indipendenza 24, sito web www.malaspinahotel.it: Camera singola 60 €; Camera doppia uso singola 70 €; Camera doppia 80 €; Camera tripla, 90 €. Le tariffe sono comprensive di prima colazione a buffet. Tassa di soggiorno esclusa. Prezzi non validi per periodi: pasquale, congressuali, Pitti Moda.

VIAGGI E TURISMO

L'**Agenzia di Viaggi Vostok Travel** - Via Pisana 144/r - Firenze, propone agli iscritti all'Ordine dei Medici di Firenze alcune interessati agevolazioni, come ad esempio: sconto del 5% sui prezzi da catalogo e pacchetti; sconto del 5% sui viaggi su misura e nessuna spesa di agenzia; sconto del 3% sulle promozioni in corso con prenotazione di almeno due mesi prima della partenza; sconti ad hoc su liste di nozze, diritti di agenzia su biglietteria aerea, pacchetti viaggio superiori ai 5.000 €; nessuna spesa di agenzia sulla biglietteria navale; trattamento su misura per pacchetti viaggio meeting e incentive. Per contattare l'Agenzia: www.vostoktravel.it.

FAQ vaccinazioni

Mauro Ruggeri, laureato e specializzato c/o la Univ. di Firenze in Clinica Pediatrica e Malattie Infettive. Medico di medicina generale a Prato dal 1982. Presidente Regionale SIMG Toscana, membro delle commissioni formazione e vaccini della Regione Toscana.

Abbiamo chiesto al dr. Mauro Ruggeri, medico generale, componente della Commissione Vaccini della Regione Toscana, questa sintesi che risponde ad alcune delle più frequenti domande sui vaccini che i cittadini pongono al medico.

MAURO RUGGERI

Medico di medicina generale, Prato

1) Come funziona la vaccinazione?

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

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

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

I vaccini sono prodotti farmaceutici costituiti da piccole quantità di microrganismi causa di malattie infettive, o da loro componenti privati dopo opportuno trattamento, della capacità infettante ma non di quella immunogena.

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

- Vaccini vivi attenuati prodotti a partire da agenti infettanti resi non patogeni generalmente con passaggi successivi in colture cellulari: morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla, tubercolosi (BCG), polio orale (Sabin).
- Vaccini inattivati contengono virus o batteri uccisi con il calore o con sostanze chimiche: epatite A, polio iniettabile (Salk).
- Vaccini prodotti utilizzando molecole provenienti dall'agente infettivo, non in grado di provocare la malattia, in quanto rappresentano solo parte del microrganismo, ma sufficienti ad attivare i meccanismi delle difese immunitarie dell'organismo: tetano, difterite, epatite B (ottenuto con la tecnica del DNA ricombinante), influenza (sub unità), meningococco, pneumococco polisaccaridico, pneumococco coniugato.

Alcuni vaccini possono contenere sostanze adiuvanti per migliorare la risposta immunitaria, molti contengono piccole quantità di conservanti e stabilizzanti per prevenire contaminazioni e mantenere le proprietà del vaccino durante lo stoccaggio.

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

I vaccini polisaccaridici sono efficaci come difesa contro i batteri dotati di una capsula polisaccaridica, inducono una risposta immunitaria relativamente debole (soprattutto anticorpi IgM), determinano una risposta cellule T indipendenti, anche dosi ripetute non inducono una risposta "booster". La coniugazione di antigeni polisaccaridici ad una proteina carrier (ad esempio tossina inattivata) determina una risposta cellule T dipendente, le cellule T helper attivate inducono la risposta umorale delle cellule B, vengono prodotti anticorpi IgG, si forma un maggior numero di cellule della memoria, si determina una risposta "booster". Quindi la coniugazione migliora nettamente la qualità e la durata della risposta immunitaria. Tra i vaccini polisaccaridici coniugati ricordiamo: Haemophilus influenzae b, meningococco C, meningococco tetravalente (A,C, W 135, Y), pneumococco 7 valente, pneumococco 13 valente.

4) Chi individua le vaccinazioni da somministrare?

Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 individua le vaccinazioni da eseguire in Italia e a quali soggetti. Le Regioni, inoltre, in base a valutazioni di ordine epidemiologico e delle priorità, possono estendere in autonomia l'offerta vaccinale. Le vaccinazioni previste per l'età evolutiva dal Calendario regionale della Toscana come offerta attiva e gratuita sono schematizzate, con i relativi intervalli di somministrazione nella Tabella 1.

Tabella 1

Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	12° anno	12-14 anni
DTPa		DTPa	DTPa		DTPa			DTPa [1]		dTpa [2]
IPV		IPV	IPV		IPV			IPV		
Epatite B	HBV [3]	HBV	HBV		HBV					
Hib		Hib	Hib		Hib					
MPRV						MPRV		MPRV		
PCV		PCV	PCV		PCV					
Men C						Men C [4]				Men C [5]
Varicella										Varicella [6]
Papilloma virus									HPV [7]	
Influenza				Influenza [8]						
Epatite A						Epatite A [9]				

Legenda:

DTPa: vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare

dTpa: vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare per adolescenti e adulti

IPV: vaccino antipolio inattivato

HBV: vaccino antiepatite B

Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b

MPRV: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia-varicella

PCV: vaccino antipneumococcico coniugato

Men C: vaccino antimeningococco C coniugato

HPV: vaccino antipapilloma virus

Note:

1) Dopo il compimento dei 6 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidifto-tetanico-pertussico acellulare di tipo adolescenziale-adulto (dTpa).

2) I successivi richiami verranno eseguiti ogni 10 anni.

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

4) Dose singola. Se richiesta nel primo anno di vita è possibile la somministrazione di 2-3 dosi.

5) La vaccinazione contro il Meningococco C viene effettuata su due coorti: 13°-15° mese e 12-14 anni. È inoltre previsto il recupero dei bambini tra il secondo e il sesto anno di vita somministrando una singola dose.

6) Soggetti anamnesticamente negativi. Somministrazione di due dosi a distanza di 1 mese l'una dall'altra.

Somministrare MPRV ai soggetti anamnesticamente negativi per varicella e per una o più delle tre infezioni prevenibili col vaccino (morbillo, parotite, rosolia).

7) Solo per il sesso femminile. Somministrare in tre dosi. La vaccinazione contro l'HPV, dal 2009 al 2011, viene offerta gratuitamente alle ragazze nel 12°-16° anno di vita, dal 2012 solo alle ragazze nel 12° anno di vita.

8) Gruppi a rischio secondo le indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute emanata ogni anno.

9) Bambini viaggiatori in aree ad elevata endemia dal 13° mese di vita.

La Regione Toscana prevede l'offerta gratuita non attiva anche delle vaccinazioni per adolescenti, adulti e anziani

5) Le vaccinazioni sono obbligatorie?

Attualmente in Italia per tutti i nuovi nati sono obbligatorie le vaccinazioni contro la difterite, il tetano, la poliomielite e l'epatite virale B. Le altre importanti vaccinazioni sono raccomandate e comprese nel calendario delle vaccinazioni per l'età evolutiva . L'obbligo di legge che ha sicuramente prodotto risultati considerevoli come l'eliminazione della difterite e l'eradicazione della poliomielite deve essere superata. La distinzione tra obbligatorie e raccomandate non ha alcun senso e tutte le vaccinazioni di comprovata efficacia devono essere ugualmente eseguite non tanto per imposizione legale ma per scelta consapevole.

6) Si possono somministrare contemporaneamente più vaccini?

Sì, di norma. Esistono in commercio mol-

ti vaccini combinati come ad esempio il vaccino esavalente difterite-tetano-pertosse-polio-epatite B-Haemophilus influentiae B, il vaccino combinato difterite-tetano-pertosse, il vaccino morbillo-parotite-rosolia e quello morbillo-parotite-rosolia-varicella.

Se utilizziamo vaccini separati a virus vivo attenuato questi possono essere somministrati contemporaneamente in sedi diverse d'iniezione. Se non sono somministrati contemporaneamente tra le due somministrazioni deve passare almeno 1 mese.

Calendario delle vaccinazioni della Regione Toscana per adolescenti, adulti ed anziani

Vaccino	Età (anni)	
	15-64	≥65
dTpa(**)	1 dose booster ogni 10 anni	
MPR o MPRV	2 dosi [1]	
Varicella	2 dosi [1]	
Influenza	1 dose annuale [2]	1 dose annuale
Pneumococcico (polisaccaridico)	1 dose [2]	
Meningococco	1 dose [2]	
Epatite B	3 dosi [3]	
Epatite A (*)	2 dosi	

☐ Per tutte le persone con requisiti di età o che manchino di evidenza di immunità (es. perdita di documenti di vaccinazione o non evidenza di precedente infezione)

☐ Raccomandata se sono presenti fattori di rischio (su base medica, stili di vita o altre indicazioni)

1) Nei soggetti anamnesticamente negativi
2) Nei soggetti a rischio
3) Nei soggetti a rischio non vaccinati in precedenza

* Sono esclusi dall'offerta gratuita i viaggiatori internazionali per i quali la vaccinazione non è a carico del SSN.

** Per i soggetti mai vaccinati in precedenza contro il tetano, il ciclo primario prevede la somministrazione di 3 dosi di dT oppure le prime due dosi di vaccino monovalente antitetanico e la terza di dT.

7) Si può vaccinare un soggetto immunocompromesso?

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

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

8) Si possono vaccinare le donne in gravidanza?

I vaccini a virus vivo attenuato sono controindicati. Dopo la vaccinazione antirosolia la donna deve evitare la gravidanza per almeno 1 mese.

I vaccini inattivati possono essere tranquillamente somministrati durante la gravidanza. Il vaccino antinfluenzale è raccomandato per le donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel II e III trimestre di gravidanza.

9) Quando non si può fare una vaccinazione?

Le controindicazioni possono essere:

temporanee

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

Calendario delle vaccinazioni per soggetti a rischio (Regione Toscana)

Vaccino	Indicazioni: Gravidanza	Immunodeficienza congenita, leucemia, linfoma, tumore generalizzato, terapie con agenti alchilanti, antimetaboliti, perdita di fluidi cerebrospinali, radiazioni, o elevate quantità di corticosteroidi	Infezione da HIV – Conta dei linfociti T CD4+ < 200/µl	Infezione da HIV – Conta dei linfociti T CD4+ > 200/µl	Diabete, patologie coronariche, malattie polmonari croniche, alcolismo cronico	Asplenia (compresa splenectomia elettiva e deficienza terminale del complemento)	Epatopatia cronica	Deficienze renali, malattie renali all'ultimo stadio, o emodializzati o riceventi di fattori della coagulazione concentrati	Operatori sanitari
dTpa	1 dose booster ogni 10 anni								
MPR o MPRV	Controindicato		2 dosi						
Varicella	Controindicato		2 dosi (0, 4–8 settimane)						
Influenza	1 dose annuale								
Pneumococcico (polisaccaridico)	1 dose	1 dose							
Epatite B	3 dosi (0, 1, 6 mesi)		3 dosi (0, 1, 6 mesi)						
Epatite A	2 dosi (0, 6–12 mesi oppure 0, 6–18 mesi)								
Meningococcico									

- Per tutte le persone in questa categoria con requisiti di età e che mancano di evidenza di immunità (es. perdita di documenti di vaccinazione o non evidenza di precedente infezione)
- Raccomandato se altri fattori di rischio sono presenti (es. su base medica, stili di vita o altre indicazioni)
- Controindicato

definitive

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

10) Quali sono le reazioni collaterali delle vaccinazioni?

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

TM

Reazioni collaterali a vaccini: reazioni generali

LIEVI

- Febbre superiore a 38° ma inferiore a 39.5°
- Disappetenza,mal di testa,vomito,diarrea,stitichezza
- Eruzioni cutanee
- Gonfiore dei linfonodi
- Irritabilità

Possono avere insorgenza precoce(poche ore) o tardiva(7-10 giorni),in relazione allo specifico vaccino,con frequenza variabile dal 5% al 20%

GRAVI

- Febbre superiore a 39.5°
- Convulsioni
- Collasso
- Paralisi flaccida
- Manifestazioni allergiche generalizzate
- Shock anafilattico

Sono rarissime

L'uso e il maluso dei farmaci

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

FABIO FRANCHINI

Prof. Associato di Pediatria e Terapia Pediatrica Speciale - Università di Firenze
Gruppo di Studio di Medicina dell'Età Evolutiva - Firenze

I PROBLEMI:

1) Problemi posti dallo sviluppo della farmacologia

Lo sviluppo delle conoscenze in campo farmacologico è un fenomeno che ha cambiato il volto della medicina negli ultimi 40 anni. Come sostiene S. Garattini "la libertà di prescrizione è un principio che è stato notevolmente ridimensionato negli ultimi decenni con lo sviluppo della farmacologia clinica che attraverso l'applicazione di adeguate metodologie nella ricerca clinica controllata, ha posto le basi per una valutazione scientifica dell'efficacia dei farmaci.

Per efficacia dei farmaci non si deve intendere il controllo di un parametro biochimico (es. ipercolesterolemia) o funzionale (es. aggregazione piastrinica), ma la realizzazione di un miglioramento della qualità di vita o di un aumento della durata di vita. In parallelo con la farmacologia si è sviluppata l'industria farmaceutica e questo ha comportato la commercializzazione di un numero sempre crescente di prodotti, molti dei quali assai simili o identici fra loro sul piano molecolare e, talvolta, persino di dubbia efficacia.

2) Maluso dei farmaci in Italia e comportamento della classe medica

a) La spesa per i farmaci rappresenta una delle voci che maggiormente incidono sul bilancio della sanità assorbendo, a seconda dei paesi, dal 15 al 25% del finanziamento destinato alla sicurezza sociale.

b) Il comparaggio: soprattutto nel recente passato è accaduto che alcuni medici prescrivessero esclusivamente farmaci particolarmente costosi o magari di dubbia efficacia prodotti da case farmaceutiche con cui esisteva un accordo "informale", con evidente guadagno per ambo le parti ed evidente danno per il SSN e soprattutto per i pazienti (questa attività illecita è prevista e punita sia dal T.U. delle leggi sanitarie che dal Codice Deontologico, art. 89; cfr. Puccini Istituzioni di Medicina Legale, ed Ambrosiana Milano).

c) La perdita di fiducia: scrive ancora S. Garattini "domina ancora una mentalità diffusa che tende a risolvere tutti i problemi, anche quelli non strettamente medici, mediante la prescrizione di un farmaco, che diviene spesso un atto dovuto o la conclusione inevitabile di ogni visita medica". Questo comportamento dequalifica sicuramente il rapporto farmaceutico e ha contribuito, insieme ad altri fenomeni, alla progressiva perdita di fiducia nei confronti dei medici che è oggi sempre più riscontrabile nella nostra società.

L'INFORMAZIONE SUL FARMACO

a) Ruolo dell'Università: uno dei motivi che ci ha condotto a scrivere questo articolo è proprio la completa mancanza di una preparazione culturale e pratica mirata sull'uso dei farmaci (da non confondere con la farmacologia) nel nostro corso di laurea. È scontato dire che un'impostazione di metodo e di merito dovrà venire ai medici del futuro soprattutto dall'ambito accademico.

b) Ruolo dell'industria farmaceutica: abbiamo già messo in risalto la fondamentale importanza di un corretto aggiornamento culturale dei medici sui farmaci. Questo compito risulta particolarmente difficile nel nostro paese, anche perché il SSN non aiuta il medico in modo adeguato. Manca completamente una fonte di informazione indipendente che possa orientare e aggiornare i medici. In questa situazione l'unica voce, inevitabilmente di parte, rimane quella delle industrie farmaceutiche, che provvedono ad aggiornare i medici con metodi vari (visite sempre molto frequenti degli informatori, riviste spedite gratuitamente perché pagate dalla pubblicità, convegni, corsi, ecc.).

È inaccettabile, per una classe medica moderna una situazione così palesemente falsata. Crediamo sia giusto riconoscere alle case farmaceutiche un ruolo positivo come stimolo al confronto, all'innovazione e anche all'aggiornamento dei medici.

c) Quale atteggiamento corretto per i medici? È necessario valutare anche il ruolo che debbono avere i medici direttamente o indirettamente coinvolti nell'informazione farmaceutica. Questo ruolo si basa su tre punti chiave:

1) indipendenza: deve essere per i medici un imperativo etico, nel senso che quando essi riferiscono i risultati della loro esperienza devono essere liberi da qualsiasi controllo.

2) Rigore scientifico: è garantito da quegli studi che prescindono dal seguire il facile mercato di una medicina "consumistica", intraprendono la strada che serve ai bisogni dell'ammalato e in particolare che si basano su criteri statistico-epidemiologici tesi ad eliminare ogni possibile interferenza sui risultati.

3) Valutazione e conoscenza chiara di entrambi gli aspetti positivi e negativi dei farmaci usati: richiede che ogni attività di divulgazione del farmaco preveda spazio per opinioni diverse sul singolo farmaco in discussione e assicuri così un corretto scambio di dati.

d) Le fonti indipendenti: è possibile fornire alcune indicazioni sulle fonti più note per l'aggiornamento:

Goodman and Gilman's, *"Le basi farmacologoche della terapia"*, Ottava edizione, 2004, Zanichelli ed.

Libri di testo

Current Pediatric Therapy, Gellis-Kagan Ed., ultima ed.

The Medical Letter (ed. italiana). Centro per l'informazione Sanitaria (CIS), via S. Siro 1, 20100 Milano, quindicinale

Pubblicazioni periodiche

Adverse Drug Reactions (ed. Italiana), CIS Milano. Bimestrale

Drug and Therapeutic Bullet in (ed. Italiana), S.I.E.S. Servizio di Informazione ed Educazione Sanitaria delle Farmacie Comunali Italiane, v. Dobredò 9, 42100 Reggio Emilia. Quindicinale

Formulario Terapeutico per la Medicina Generale, a cura di D. Coen, G. Rognoni, Ed. Pensiero Scientifico

Repertorio Farmaceutico Italiano, a cura della Farmindustria, Cedof Editore Milano

LA FARMACOVIGILANZA

Per farmacovigilanza (FV) si intende il controllo esercitato in prima persona dal medico sugli effetti collaterali noti o non noti dei farmaci in uso nella farmacopea italiana.

È un sistema di controllo indispensabile perché successivo alle fasi di sperimentazione clinica, ed è l'unico mezzo per verificare l'utilizzo e gli effetti dei farmaci sulla popolazione generale.

IL FOGLIETTO ILLUSTRATIVO: nell'ambito di un discorso corretto sugli effetti collaterali dei farmaci, non si può non accennare al "problema" del foglietto illustrativo che tutti i farmaci devono avere nella confezione con cui vengono venduti. È lecito domandarsi il valore, per i pazienti, di una informazione così complessa e male interpretabile, ferma restando la correttezza del principio di informare chi usa il farmaco su cosa sta prendendo. (Franchini F., *"Argomenti di terapia pediatrica speciale"*, Centro Editoriale Toscano, Firenze 2001).

LA VERITÀ SUI PROBIOTICI

Esiste davvero un ruolo dei probiotici nell'alimentazione normale o il bambino può farne a meno?

Penso si possa tranquillamente affermare che non esiste alcuna evidenza che il bimbo sano, nato a termine e senza particolari fattori a rischio si avvantaggi dell'uso dei probiotici. Certo, vi sono studi che ne dimostrano la completa innocuità, ma ciò ovviamente non basta a sostenerne la raccomandazione. Diverso è il discorso per i nati pretermine, o per i bambini che sono a rischio di specifiche patologie o le hanno già in atto. (Stefano Guandalini, direttore del Celiac Disease Center all'University of Chicago Comer Children's Hospital).

Nota dell'autore

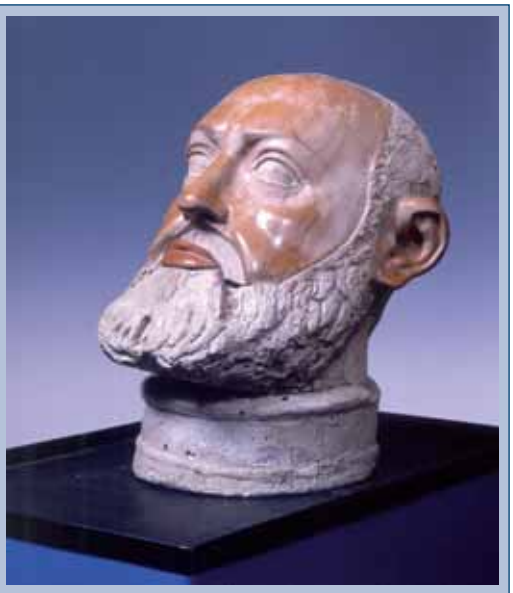
È entrato nell'uso della cura per l'angina streptococcica del bambino, un farmaco in forma spray: vedremo aumentare le glomerulonefriti e le malattie reumatiche?

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: prof.f.franchini@virgilio.it

TM

Pesce Palla. Firenze, Museo di Storia Naturale dell'Università di Firenze, Sezione di zoologia. Foto Saulo Bambi.



Bernardo Buontalenti e Lorenzo Latini. *Testa di Cosimo I.* Firenze, Museo dell'Opificio delle Pietre Dure.

Il ruolo del simulation training in medicina di emergenza preospedaliera

Marcello Montomoli, Resp. SSD Formazione Aggiornamento e Ricerca in Med. di Emergenza-Urgenza, c/o il DEU-118 Az. USL 7 SI. Spec. in Geriatria e in Scienza dell'Alimentaz. è membro del Comitato Sc. del Centro Malattie Metaboliche dell'Univ. di SI. Fa parte della National Faculty SIMEU-American Heart Association per i corsi BLS, ACLS, PALS. E' Ufficiale Med. della Riserva della Marina Militare Italiana e ha partecipato a operazioni naz.li e internazionali.

Dall'apprendimento "in corpore stili" all'insegnamento "in corpore virtuali" la simulazione dell'errore dovrebbe portare notevoli vantaggi ai pazienti.

MARCELLO MONTOMOLI[1], SIMONE NOCENTINI[2], MAURO MARZIALI[3], ROBERTO MONACO[4], GINO CALZERONI[5], FRANCESCO PALUMBO[6]

[1] *Referente Formazione DEU-118 Az.USL 7 Siena*
[2] *Referente Formazione DEU-118 Az.USL 8 Arezzo*
[3] *Clinical Risk Manager DEU-118 Az.USL 8 Arezzo*
[4] *Clinical Risk Manager DEU-118 Az.USL 7 Siena*
[5] *Hospital Disaster Manager Az.USL 10 Firenze*
[6] *Responsabile U.O. EST-DEU-118 Az.USL 7 Siena*

Formazione di base, Formazione Continua, Aggiornamento e Addestramento rappresentano fasi differenti del processo formativo di un clinico. Le tre dimensione essenziali, del sapere, del saper fare, del saper essere hanno importanza per diventare e rimanere buoni clinici. Durante gli anni, nel passaggio dallo status di studente in Medicina a quello di medico, idealmente si ha una progressione attraverso i vari livelli di competenza relativamente ad una data procedura o abilità clinica: dalla sola conoscenza teorica ai livelli di esperienza base, intermedio e avanzato. Il mix conoscenza e pratica dovrebbe essere bilanciato, l'una non può efficacemente esistere senza l'altra e non è un caso che nella strutturazione del Governo Clinico formazione e aggiornamento siano parti essenziali del modello di lavoro attento alla qualità e volto all'eccellenza.

La simulazione è una metodologia formativa ampiamente diffusa in vari ambiti militari e civili e la Medicina di Emergenza-Urgenza è sicuramente uno dei settori in cui l'utilità del simulation training è particolarmente rilevante; inoltre i principi del simulation training sono in piena sintonia con i più aggiornati orientamenti in tema di Risk Management. La simulazione consente di fare pratica senza alcun rischio per i pazienti e, aspetto ancora più importante, l'addestramento condotto con le simulazioni riduce il rischio clinico in condizioni reali.

Simulazione e technical skill training

Un' area in cui la simulazione trova un ruolo importante è quella dello skill training. La Medicina d'Emergenza-Urgenza prevede tutta una serie di procedure che implicano anche abilità manuali: intubazione, uso dei presidi sovraglottici, drenaggio toracico, cricotirotomia, ecografia d'emergenza al point of care, per citarne solo alcune. L'ACLS (Advanced Cardiac Life Support) e l'ATLS (Advanced Trauma Life Support), corsi ad alta popolarità per via del loro innegabile valore metodologico, fondano proprio nel simulation training uno degli elementi di efficacia formativa. Nell'addestramento si ripropongono le stesse caratteristiche che l'allenamento ha per l'atleta, con possibilità di ripetere le manovre numerose volte, in un contesto psicologicamente ed emotivamente più confortevole. La simulazione è in grado di scomporre in gesto in fasi e consente di addestrare anche eventuali passaggi "deboli" della sequenza di esecuzione.

L'efficacia della simulazione in questo caso è fortemente condizionata dal livello di realismo con cui può essere condotta, dal momento che le componenti aptiche (relative al tocco, alla sensazione fisica del controllo della manovra) devono essere il più possibile simili a ciò che si ripresenterà nella condizioni cliniche reali. Questo non significa necessariamente ricorrere a simulatori costosi: anche dispositivi artigianali ma studiati

per la specifica skill da addestrare possono rivelarsi efficaci. È interessante osservare come nella letteratura del settore emergenza sempre più spesso ci si imbatte in proposte di questo tipo di simulatori, che sicuramente aiutano a diffondere la disponibilità della simulazione. In emergenza preospedaliera la logistica e l'ambiente impongono un training ad hoc che può essere efficacemente riprodotto negli scenari di simulazione, consentendo di testare ed addestrare specifiche abilità tecniche in un contesto diverso da quello protetto ospedaliero. Le skill tecniche possono essere distinte in due grandi gruppi: le abilità condotte dal singolo clinico (per esempio posizionare un accesso intraosseo), e le abilità condotte da un team (per esempio condurre uno scenario di arresto cardiaco con più operatori). È chiaro che il modello di addestramento deve essere differenziato. Anche le skill relative a scenari di *Disaster Medicine* possono essere efficacemente addestrate mediante le simulazioni, sia con metodi d'aula (per esempio Emergo Train System) sia con simulazioni virtuali computerizzate sia con simulazioni su larga scala.

Simulazione e Non-Technical Skill Training

Vi è una crescente consapevolezza che gli operatori sanitari dovrebbero possedere non solo eccellenti abilità cliniche, ma anche essere competenti in una serie di abilità non tecniche (non technical skills-NTS) che sono di tipo cognitivo, sociale e interpersonale e che contribuiscono a portare a termine dei compiti specifici in modo sicuro ed efficiente.

Negli scenari complessi generalmente si opera con molti operatori contemporaneamente e con livelli di competenza molto differenziati. Tutto ciò comporta ovviamente il vantaggio di distribuire efficacemente compiti tecnici che sarebbe impossibile fare eseguire contemporaneamente allo stesso operatore, tuttavia rende necessario nel contempo un notevole livello di interazione fra operatori: il risultato è determinato dal lavoro in team. Il team training può essere efficacemente condotto con le simulazioni, partendo da situazioni relativamente semplici e di routine (per esempio coordinare i movimenti dei soccorritori per il posizionamento di un traumatizzato su barella spinale), fino a scenari estremamente complessi (per esempio incidenti maggiori con elevato numero di vittime; pazienti in condizioni critiche incastrati all'interno di veicoli o strutture; scenari con rischi evolutivi in atto, ecc.).

Fra le abilità non tecniche un ruolo prioritario è svolto dalle capacità di comunicazione, elemento fondante nelle dinamiche dei team efficienti, nell'insegnamento e nell'apprendimento di comportamenti funzionali al buon esito del soccorso, nelle gestione delle emozioni e dello stress. In scenari complessi, le cosiddette situazioni di crisi, si sta diffondendo a livello mondiale il corpo dottrinale del *Crisis Resource Management* (la gestione delle risorse, umane e non, durante una situazione di crisi), un approccio nato nel contesto dell'Aviazione e poi diffuso a vari altri ambiti, compresa la Medicina. Il CRM utilizza gli scenari simulati come palestra per addestrare il team alle NTS. Attraverso il debriefing, eventualmente implementato della possibilità di rivedere in video le dinamiche nello scenario simulato, si sfrutta il notevole impatto dell'apprendimento auto-riflessivo. Particolarmente negli scenari extraospedalieri tutti questi aspetti assumono una dimensione estremamente complessa: luoghi diversi, interazione fra operatori sanitari professionisti e non professionisti, fra operatori sanitari e non sanitari, interazioni con familiari o astanti, conduzione di procedure e tecniche in ambiente non protetto (sia in senso fisico sia in senso psicologico). È molto interessante osservare che nell'addestramento delle NTS la simulazione non debba necessariamente essere ad alta fedeltà, addirittura in alcuni casi il simulatore non è uno strumento, ma una persona, formata a suscitare e addestrare specifiche interazioni e modalità di comunicazione (ad esempio, nel caso dei pazienti simulati in scenari di Disaster Medicine; o nell'addestramento alla comunicazione delle cattive notizie, all'ammissione di un errore, ecc.).

Altre applicazioni del Simulation Training

Nella letteratura internazionale un numero crescente di pubblicazioni evidenzia il ruolo della simulazione anche nella implementazione di nuove conoscenze, nel testare le competenze in caso di dilemmi etici, nel testare nuove apparecchiature e nuovi approcci metodologici, nella conduzione di studi scientifici. In questo ambito, ad esempio, pionieristiche ma rivoluzionarie si stanno confermando le esperienze di applicazione di nuove potenzialità dei team di soccorso avanzato con l'ecografia d'emergenza preospedaliera: sia le simulazioni sia le esperienze sul campo dimostrano significativi vantaggi.

Da questa breve disamina risulta evidente che la Medicina d'Emergenza-Urgenza preospedaliera può notevolmente beneficiare dell'interazione tra le funzioni Formazione e Risk management a tutto vantaggio dei pazienti e anche degli operatori sanitari stessi. Il *Simulation training* è una delle aree più fertili in cui questo inscindibile connubio sta trovando e sempre più troverà sviluppo. Le sinergie aziendali e interaziendali e con tutti gli stakeholders possono sicuramente rimuovere gli ostacoli (insufficiente conoscenza della enormi potenzialità del simulation training, costi, ecc) ad una diffusione più capillare del simulation training tra tutti i gruppi operativi.

TM

Gli infortuni e le malattie professionali

Necessario prevenirli ma anche reprimerli. L'importanza del referto

GIUSEPPE PETRIOLI

Direttore Dipartimento Prevenzione Azienda Sanitaria di Firenze

Nei mesi scorsi sono stati siglati due protocolli d'intesa che hanno coinvolto la Procura Generale presso la Corte di Appello di Firenze, la Regione Toscana, tutte le Procure della Repubblica e tutte le ASL della Regione. Obiettivo dei protocolli siglati è quello di aumentare l'attività di prevenzione, ma anche di repressione degli infortuni e delle malattie professionali. A tal fine la Regione ha stanziato delle risorse finalizzate (3.000.000 €) per rafforzare gli organici dei Servizi addetti alla prevenzione nei luoghi di lavoro.

In particolare si è rilevato che, pur essendo tutti gli infortuni e le malattie professionali che hanno determinato lesioni gravi o gravissime (prognosi superiore a 40 giorni, pericolo di vita, indebolimento permanente di un organo o di un apparato) o morte, perseguibili d'ufficio, le indagini vengono effettuate in un numero molto limitato di casi. Tra le motivazioni che determinano una insufficiente attenzione alla repressione degli infortuni sul lavoro vi è senza dubbio l'inadeguatezza dei referti, non tanto in relazione alla trasmissione degli stessi, quanto in relazione alla necessità di individuare, già nel primo certificato, una prognosi veritiera e congrua con la diagnosi. Sono pochissimi gli infortuni per i quali il medico refertante individua in prima istanza una prognosi superiore a 40 giorni, anche quando appare chiaro dalla diagnosi che non potrà essere diversamente.

Questo determina un ritardo nella attivazione delle indagini con una minore efficacia delle stesse in quanto avvengono quando lo stato dei luoghi e delle cose è stato verosimilmente modificato rispetto al momento in cui si è verificato l'evento.

Ancora più complessa è la situazione per quanto attiene le malattie professionali il cui quadro si è completamente modificato negli ultimi decenni (sono quasi scomparse le tradizionali malattie professionali monofattoriali dovute ad esempio alla esposizione a piombo, mercurio, ecc.) e si vanno sempre più diffondendo patologie multifattoriali nei confronti delle quali vi è una inaccettabile sottodiagnosi con conseguente insufficiente refertazione; la cultura dei medici e la prassi di lavoro portano infatti a sottostimare la valutazione della possibile influenza di fattori lavorativi nell'insorgenza di patologie a genesi multifattoriale che possono trovare nell'ambiente di lavoro importanti concause (broncopnemopatie, artrosi, patologie osteomuscolotendinee, tumori, ecc.). Si stima che le malattie professionali diagnosticate rappresentino nel nostro paese la punta di un iceberg e che la maggior parte rimangano misconosciute.

Occorre quindi avviare un'opera di sensibilizzazione dei medici di libera scelta, specialisti ambulatoriali, libero-professionisti e ospedalieri perché prestino maggiore attenzione a questo aspetto della diagnosi; ciò al fine di meglio conoscere le cause delle malattie ed esercitare una conseguente migliore azione di prevenzione, ma anche di avviare una doverosa azione repressiva finalizzata a perseguire i soggetti che hanno eventuali responsabilità nella genesi delle patologie professionali.

Da segnalare infine che, sia pure con qualche ritardo, i Servizi di Prevenzione nei luoghi di lavoro delle ASL sono informati dall'INAIL relativamente agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali riconosciuti dall'Ente assicuratore e che quindi emerge nel corso delle indagini l'eventuale omissione referto penalmente sanzionata.

TM

Mamilavi

PURIFICAZIONE INTERNO AUTO

L'autolavaggio **Mamilavi**, sito nel quartiere Rifredi di Firenze, è specializzato in un particolare trattamento, che distrugge acari, batteri, muffe ed anche tre tipi di virus influenzali. Il prodotto usato è **Puressentiel Purificante-Spray** ai **41 olii essenziali**. Un servizio estremamente utile, rivolto anche alle mamme che devono trasportare frequentemente bambini sulla propria auto. **Ai medici iscritti all'albo per il primo intervento viene garantito uno sconto del 30% su tutto il listino.**

Mamilavi, Via Luigi Michelazzi 15 Firenze, tel. 055.5276309

wwww.esclusivamenteitaliano.it - info@esclusivamenteitaliano.it - Info: Sig. Mannheimer, cell. 335.8229935

Bruno Rimoldi, medico di medicina generale, Firenze. Redattore Capo di Toscana Medica.

Una povera storia di frodi, lestofanti e arricchiti

Ma anche e soprattutto di sofferenze umane

BRUNO RIMOLDI

Medico di medicina generale, Firenze

L'inizio era stato autorevole. Nel febbraio 1998 la rivista *Lancet* pubblica un *paper*, firmato di Andrew Wakefield e dieci altri autori, in cui si sostiene la relazione fra vaccino MMR (*Measles, Mumps and Rubella*) e una "nuova sindrome" costituita da autismo e una non ben precisata malattia intestinale.

L'opinione pubblica inglese è subito messa in subbuglio: questa vaccinazione produce immediatamente un alto livello di diffidenza, si vaccina di meno per il morbillo e dopo un pò di tempo la malattia ricompare. Nel 2006, dopo 14 anni, si verifica un nuovo caso mortale di morbillo.

Lo stesso mondo scientifico è in allarme: l'autore del *paper* è invitato dal direttore del centro di ricerca dove lavora a effettuare uno studio controllato su larga scala (l'articolo citato si riferiva solo a un campione di 12 bambini), ma Wakefield si rifiuta; viene per questo allontanato dalla *Royal Free Medical School*. Nel frattempo studi paralleli (analizzati dalla *Cochrane Collaboration*) hanno indagato sui sospetti di Wakefield, senza però trovarvi alcun fondamento.

La fine è molto meno autorevole: l'articolo era frutto di una frode scientifica, con una deliberata falsificazione dei dati e il disprezzo di ogni principio etico. Nel febbraio 2010 una commissione disciplinare dell'Ordine dei medici britannico, dopo cinque anni di indagini, ha evidenziato i gravi reati di Wakefield, reo di comportamento disonesto e irresponsabile, insensibile e indifferente di fronte al dolore e alla sofferenza dei bambini oggetto dello studio.

Gli autori dell'articolo, dopo che *Lancet* lo bolla ufficialmente come "fatalmente fraudolento", firmano un'ufficiale ritrattazione di qualsiasi legame fra vaccinazione e autismo; l'unico che non firma è Wakefield.

Nel 2011 il caso è riaperto dal BMJ che pubblica tre servizi a firma di Brian Deer, il giornalista che per primo ha indagato (a partire dal 2004) sul caso. Viene così dimostrato che il *paper* era frutto di una deliberata frode, costruita ad arte all'interno di un losco piano scientifico-affaristico:

- dei 12 bambini "studiati", solo uno aveva un chiaro autismo regressivo;
- Wakefield, due anni prima della pubblicazione dell'articolo, era stato ingaggiato da Richard Barr, avvocato della JABS (movimento che si batte per i risarcimenti dei danni da vaccini), per sostenere cause per danni da MMS; un articolo del *Sunday Times* rivela che Wakefield ha ricevuto da Barr oltre 436.000 sterline di emolumenti.

Recente risvolto italiano: il tribunale di Rimini, con sentenza 15 marzo 2012 ha condannato il Ministero della Salute al risarcimento del danno subito da un minore a causa di una vaccinazione, esattamente un "disturbo autistico associato a ritardo cognitivo medio" dovuto al vaccino MMP. Il giudice sostiene che la relazione causale fra i due eventi è sostenuta da "una ragionevole probabilità scientifica".

Forse la medicina non riesce sempre a progredire come dovrebbe e potrebbe. Ma se ci si mette anche il giudice… **TM**

BACHECA

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

Consiglio Sanitario Regionale

Linee di indirizzo per i setting di riabilitazione ortopedica in fase di post-acuzie

Pubblichiamo l'Allegato A della delibera n. 677 del 30/7/2012 che approva il parere del CSR.

In Toscana la riabilitazione ortopedica per la fase di post-acuzie si caratterizza attualmente per uno scenario dell'offerta non sufficientemente omogeneo nelle diverse realtà; coesistono infatti aree dove sono più rappresentate risposte di tipo ospedaliere rispetto a quelle territoriali ed aree in cui, al contrario, i setting a maggiore intensità sono poco rappresentati. Risulta eterogenea anche la distribuzione tra l'offerta pubblica e quella garantita da strutture private accreditate in convenzione con il SSR. Questa disomogeneità genera, nelle diverse aziende sanitarie, una variabilità dei comportamenti gestionali ed organizzativi che ha ricadute evidenti nella erogazione delle prestazioni riabilitative e che, in alcuni casi, può favorire il fenomeno delle fughe di utenti toscani verso altre regioni.

Per i motivi sopra esposti è emersa la necessità di definire linee di indirizzo condivise a livello regionale per l'individuazione dei percorsi di riabilitazione ortopedica in fase di post-acuzie, al fine di consentire l'erogazione delle relative prestazioni riabilitative in setting appropriati alle necessità cliniche e assistenziali delle diverse tipologie di paziente.

Sono stati pertanto definiti i criteri per l'individuazione del percorso riabilitativo in fase di post-acuzie per le più frequenti condizioni cliniche che richiedono un intervento di continuità riabilitativa.

Per ciascuna condizione sono stati esaminati i fattori clinici, sociali e funzionali che concorrono nel determinare le necessità assistenziali e riabilitative, e quindi il percorso appropriato, nella fase di post-acuzie.

Per ciascun percorso è stata indicata una durata di riferimento, in condizioni standard, e una stima proporzionale di incidenza.

L'utilizzo di criteri condivisi per la definizione dei percorsi di riabilitazione, la disponibilità di una stima della durata prevista del trattamento riabilitativo e dei relativi volumi, associati ai dati storici di incidenza delle patologie prese in esame, consentono di effettuare una previsione delle risorse necessarie per rispondere in modo appropriato al fabbisogno riabilitativo nei vari setting.

Ciascuna azienda sanitaria è chiamata ad effettuare una verifica della propria offerta complessiva attuale per identificare lo scostamento rispetto ai criteri di appropriatezza organizzativa definiti a livello regionale; a seguito di tale verifica dovrà essere predisposto, ove necessario, un piano di adeguamento, con indicazione anche dei tempi occorrenti per la messa a regime dei percorsi, avendo come riferimento la continuità dell'assistenza e la sostenibilità del processo.

Condizioni cliniche esaminate

Sono state prese in considerazione le patologie acute che rappresentano la parte più consistente, in termini quantitativi, della domanda di riabilitazione in fase di post-acuzie, come le protesi elettive di anca e di ginocchio e le fratture di femore operate. Sono stati inseriti anche altri tipi di interventi in elezione, come la protesi di spalla, gomito o caviglia, che, pur non costituendo una quota significativa di attività, presentano analogie di percorso riabilitativo.

Altre condizioni cliniche che necessitano di percorsi riabilitativi in continuità con la fase di acuzie, come ad esempio i politraumi, potranno essere considerate con criteri di valutazione analoghi.

Fattori clinici che influenzano il percorso

Sono state prese in esame le condizioni cliniche la cui presenza impedisce la dimissione dall'ospedale per acuti (anche se verso una riabilitazione in regime ospedaliero) fino ad avvenuta stabilizzazione.

La presenza di alcune di queste condizioni, anche dopo la stabilizzazione, condiziona il setting di erogazione degli interventi di riabilitazione, orientando verso una tutela clinica sulle 24 ore.

Un valido supporto per una valutazione e quantificazione oggettiva, durante la fase di acuzie, della presenza e del grado di tali condizioni, è l'Indice di Comorbidità (CIRS) (*J Am Geriatr Soc 1995; 43:130-137*). La rilevazione di un punteggio

maggiore o uguale a 19 sui primi 13 item, e di un Indice di severità maggiore di 1,46 (se almeno 3 item con un punteggio uguale o maggiore a 3), indica una situazione di instabilità clinica che rende opportuno effettuare la riabilitazione in un ambiente con elevata tutela clinica.

Sono state poi esaminate quelle condizioni che escludono la possibilità di effettuare un intervento riabilitativo intensivo, come le indicazioni cliniche di procrastinazione del carico o la demenza grave (valutabile con un punteggio al MMSE < 10) che impediscono la collaborazione.

Fattori funzionali che influenzano il percorso

In caso di interventi di protesi elettiva di anca o di ginocchio, la valutazione della funzionalità in fase di pre-ricovero consente di selezionare i pazienti con condizioni di disabilità "critiche". Questi pazienti, individuabili come quelli con punteggio da indice di Barthel (*Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: thè Barthel Index". Maryland State Med Journal 1965;14:S6-61*) inferiore a 75, dovranno essere rivalutati prima della dimissione, in quanto la condizione funzionale potrebbe costituire un'indicazione per il proseguimento del percorso riabilitativo in regime residenziale.

In caso di frattura di femore operata, la disabilità funzionale grave precedente l'evento, individuabile con un punteggio da indice di Barthel* inferiore a 50, richiede una rivalutazione prima della dimissione in quanto la condizione funzionale potrebbe costituire un'indicazione per il proseguimento del percorso riabilitativo in regime residenziale o una limitazione alla riabilitazione intensiva, dal momento che non è possibile un recupero funzionale maggiore rispetto alle competenze funzionali precedenti.

Fattori sociali che influenzano il percorso

Nel corso del ricovero per acuti è opportuno valutare la condizione sociale del paziente che necessita di riabilitazione in fase di post-acuzie.

La valutazione condotta in questa fase non richiede analisi del reddito e della relativa individuazione della copertura "sociale", ma deve indagare la possibilità di rientro immediato al domicilio. Pazienti soli, o con familiari non idonei a sostenerne il carico assistenziale, o con condizioni abitative non adeguate, dovranno effettuare il percorso riabilitativo in una struttura residenziale.

Percorso appropriato

Sono stati presi in considerazione i setting e i relativi requisiti individuati nel Documento Regionale di Indirizzo sui Percorsi Riabilitativi approvato dal Consiglio Sanitario Regionale (aggiornamento anno 2010) riguardo a:

- riabilitazione ospedaliere (codice 56);
- riabilitazione funzionale intensiva ed estensiva a carattere residenziale extra-ospedaliero;
- riabilitazione ambulatoriale e domiciliare.

La riabilitazione ambulatoriale e domiciliare avviene in continuità con l'ospedale per acuti.

Nel caso di fratture con carico temporaneamente non concesso, è possibile effettuare la riabilitazione dopo la rivalutazione clinica, quando viene concesso il carico, e in un livello di assistenza non superiore a quello in cui è stato assistito il paziente fino ad allora.

Quando le condizioni sociali non consentono un percorso di riabilitazione territoriale devono essere individuate strutture di tipo residenziale che garantiscano un intervento riabilitativo equiparato a quello erogato a livello ambulatoriale, ma in regime residenziale. Questa soluzione, sovrapponibile al setting di cure intermedie e/o al modulo riabilitativo di RSA, potrà avere una copertura completamente sanitaria per i primi 15 giorni, mentre per l'eventuale periodo successivo di degenza la quota sociale sarà a carico dell'utente o dei servizi sociali, in base al reddito del cittadino.

Nel caso della chirurgia protesica elettiva è di fondamentale importanza che il paziente sia correttamente informato, prima dell'intervento, in merito a quali sono i fattori che condizionano la scelta del setting riabilitativo, la durata e gli obiettivi dell'intervento. La condivisione di questi aspetti prima dell'intervento consente una maggiore collaborazione del paziente ed evita problemi di tipo organizzativo. Possono essere individuati due momenti informativi/formativi per questi pazienti: la visita ortopedica e la fase di pre-ospedalizzazione, dove può essere effettuata la visita fisiatrica, nel corso della quale possono essere organizzati interventi specifici, e anche la consegna di apposito materiale informativo. E' inoltre raccomandabile che rimanga una traccia della comunicazione fornita nella documentazione relativa al processo di assistenza.

Le aziende sanitarie che hanno già percorsi strutturati, specificamente individuati e virtuosi in relazione alle previsioni delle presenti linee di indirizzo, li manterranno anche con riferimento ai tempi di degenza già previsti e monitorati.

Durata indicativa

Per ciascun percorso sono stati indicati i tempi prevedibili, in condizioni standard, per la maggior parte dei pazienti che presentano le condizioni cliniche e funzionali indicate. Sulla base di queste indicazioni le Aziende Sanitarie saranno in grado di effettuare una pianificazione di massima dei fabbisogni sulle risorse. I singoli pazienti potranno avere un trattamento di durata inferiore o maggiore, in base al giudizio professionale sul caso clinico.

Percentuale stimata

Per ciascun percorso sono stati indicati i volumi relativi in base alla stima della proporzione dei casi che presentano la condizione clinica di riferimento associata ai fattori clinici, funzionali, sociali che influenzano il percorso.

Il dato è il risultato di una prima stima in base alla casistica, ma potrà essere rivalutato con maggiore precisione solo dopo l'utilizzo di criteri di valutazione omogenei.

Condizione clinica	Fattori clinici che influenzano il percorso	Fattori funzionali che influenzano il percorso	Fattori sociali che influenzano il percorso	Percorso	Durata indicativa	% stimata
Protesi elettiva di ginocchio o anca	Instabilità clinica (vedi CIRS)			Cod 56	15 giorni	1-10%
	Demenza grave <MMSE<10)			counseling riabilitativo	max 3 sedute con cadenza settimanale	1%
		Barthel preintervento <75		ex art 26 residenziale	15 giorni	1-20%
			paziente solo o con sostegno non idoneo e/o con condizione abitativa inadeguata	ex art 26 o modulo riabilitativo RSA con garanzia standard riabilitativi	15 giorni	24%
				Riabilitazione territoriale {domiciliare e/o ambulatoriale)	15 sedute per ginocchio, 10 sedute per anca	55%

Condizione clinica	Fattori clinici che influenzano il percorso	Fattori funzionali che influenzano il percorso	Fattori sociali che influenzano il percorso	Percorso	Durata indicativa	% stimata
Protesi elettiva di spalla caviglia gomito				Riabilitazione territoriale (domiciliare e/o ambulatoriale)	20 sedute	80%
			paziente solo o con sostegno non idoneo e/o con condizione abitativa Inadeguata	ex art 26 o modulo riabilitativo RSA con garanzia standard riabilitativi	15 giorni	19%
	instabilità clinica (vedi CIRS)			Cod 56	15 giorni	1%

Condizione clinica	Fattori clinici che influenzano il percorso	Fattori funzionali che influenzano il percorso	Fattori sociali che influenzano il percorso	Percorso	Durata indicativa	% stimata
Frattura Femore con carico non concesso				counseling riabilitativo	max 3 sedute con cadenza settimanale	5%
	Instabilità clinica (vedi CIRS)			Low care	30 giorni	5%
			paziente solo o con sostegno non Idoneo e/o con condizione abitativa inadeguata	RSA/cure intermedie	30 giorni	5%
Frattura Femore con carico concesso				Riabilitazione territoriale (domiciliare e/o ambulatoriale) In continuità con ospedale per acuti	24 sedute	25%
			paziente solo o con sostegno non Idoneo e/o con condizione abitativa inadeguata	ex art 26 o modulo riabilitativo RSA con garanzia standard riabilitativi	21 giorni	20%
		disabilità grave anamnestica (Barthel pre evento < 50)		counseling riabilitativo	max 3 sedute con cadenza settimanale	2%
		disabilita anamnestica moderata (Barthel pre evento >50 e < 75)		Riabilitazione residenziale ex art 26	21 giorni	15%
	Instabilità clinica (vedi CIRS)			cod56	21 giorni	22%
	demenza grave (MUSE < 10)			counseling riabilitativo	max 3 sedute con cadenza settimanale	1%

Pubblichiamo in successivi numeri di Toscana Medica, a partire da questo, i risultati del complesso lavoro dell'Osservatorio Regionale sull'Ospedale per Intensità di Cure, coordinato dal dr. Mario Cecchi. I documenti predisposti da nutriti e rappresentativi Gruppi di Lavoro danno indicazioni sia alla programmazione regionale che agli stessi professionisti coinvolti sul percorso diagnostico terapeutico assistenziale del percorso medico, che pubblichiamo in questo numero, e del percorso chirurgico nonché sul ruolo dell'infermiere e sui rapporti interprofessionali, che pubblicheremo in seguito.

Percorso medico ospedale per intensità di cure

OSSERVATORIO REGIONALE OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURE

Responsabile: Mario Cecchi

GRUPPO DI STUDIO PERCORSO MEDICO

Coordinatore: Giancarlo Landini

Componenti: R. Andreini, B. Castori, M. Bozzi, D. Buccioni, F. Cellai, P. Corradini, M. Felici, F. Giomarelli, G. Laffi, G. Lombardo, G. Panigada, P. Malacarne, M. Manini, S. Michelagnoli, A. Peris, M. Ruggeri, S. Taddei, P. Tosi, M. Valenti.

PRINCIPI GENERALI E ACCESSO AL PERCORSO

Nell'ambito della generale riorganizzazione del sistema delle cure, con l'avvento dell'Ospedale per Intensità di Cure si è reso necessario ridisegnare un percorso medico integrato per il paziente che tenga globalmente conto delle sue esigenze cliniche ed assistenziali.

Il percorso medico ha come pilastro un rapporto condiviso e **strutturato** fra ospedale e territorio in modo che non avvenga mai la dimissione del paziente ma una presa in carico successiva in setting di complessità e localizzazione diversa. Solo in questa maniera viene mantenuto il paziente al centro della attività sanitaria.

Per questo è necessario ridefinire l'organizzazione delle "Cure Primarie" ed in particolare i setting assistenziali extraospedalieri, e le strutture di interfaccia come il Day Service insieme alle strutture ospedaliere organizzate per intensità di cure. Inoltre il tutto deve essere visto in una **RETE OSPEDALIERA** che funziona come sistema integrato polidirezionale con livelli diversi di complessità fra gli ospedali di tipo A B e C come sono definiti dal nuovo PISSR 2013-2015. Questo con modalità che preservino un approccio terapeutico uguale in qualsiasi punto della rete si collochi il paziente.

L'organizzazione dell'ospedale per Intensità di Cure (OSPIC) sottintende la separazione dei flussi inerenti le prestazioni programmate e le prestazioni rese in regime di urgenza in un quadro che deve evolvere verso un **OSPEDALE PER PROCESSI DI CURA.** L'accesso al percorso medico sarà pertanto modulato secondo gradi crescenti di instabilità clinica e modulato nei diversi setting in base a complessità assistenziale. Si dovrà distinguere tra percorso programmato e dell'urgenza attraverso il DEA.

Percorso accesso programmato

Configurano condizioni per l'attivazione di un percorso programmato la stabilità clinica senza i criteri dell'urgenza nonché la programmabilità dell'iter diagnostico-terapeutico. Saranno criteri di esclusione l'instabilità clinica o possibilità di deterioramento rapido e la presenza di condizioni che prevedano un percorso clinico non programmabile. In questo contesto possono essere risolte anche le **URGENZE DIFFERIBILI** con percorsi preordinati ospedale-territorio fra medici di medicina generale e strutture specialistiche ospedaliere usufruendo dei modelli Day Service e Cure Intermedie.

Setting assistenziali

- **ciclo continuo**

Pazienti caratterizzati da condizioni cliniche assistenziali complesse che necessitino di procedure diagnostico terapeutiche non compatibili con la sola assistenza diurna. Ricovero eseguibile in ospedale ma anche in strutture **di Cure Intermedie** (gestite dalla medicina generale nell'ambito delle Cure Primarie) laddove esistenti e adeguate dal punto di vista diagnostico terapeutico assistenziale.

- **DH**

Situazioni cliniche complesse, che richiedono procedure diagnostiche invasive e o terapeutiche tali da necessitare monitoraggio di durata compatibile con il diurno.

- **DS**

Situazioni cliniche acute complesse, sul piano dell'inquadramento diagnostico-terapeutico, o patologie a carattere di cronicità che richiedano frequenti monitoraggi per mantenere equilibri di

compenso e stabilità, al fine di prevenire episodi critici/di acuzie della patologia stessa.

- **Ambulatori**
  Specialistici ma anche nell'ambito delle cure primarie.

Avvio del percorso

Il percorso programmato potrà essere avviato prevalentemente dal medico di medicina generale, ma anche dagli specialisti aziendali e dai medici dell'emergenza urgenza.

Struttura funzionale di coordinamento

Al fine di coordinare un'offerta così articolata e soprattutto di gestire agevolmente il percorso programmato, compatibilmente con il contesto della specificità di ogni singola Azienda, appare opportuna l'identificazione di una *Struttura Funzionale* gestita da personale sanitario. Tale struttura deve conoscere tutte le offerte assistenziali dell'Azienda: Ospedale (Ricoveri ordinari, DH, DS, Ambulatori), Cure intermedie, Cure Primarie (MMG, infermiere, fisioterapista, Sanità di Iniziativa) ed essere in grado di collegarle reciprocamente tra loro. (vedi Figura 1).

Percorso accesso urgente

Accesso al DEA in condizioni di URGENZA o EMERGENZA.

L'aumento delle interfaccie fra ospedale e territorio con i percorsi programmati e urgenze differibili riduce l'afferenza al DEA di patologia di medio-bassa gravità, limitando il fenomeno del sovraffollamento.

Al DEA il paziente può non essere ricoverato e inserito nel percorso outpatients (MMG, cure intermedie, Day Service) o ricoverato, a seconda della **instabilità clinica,** nei due setting dell'ospedale per intensità di cure:

- **LIVELLO 1 (terapie intensive e sub intensive)**.
- **LiVELLO 2 (degenza ordinaria)**.

In questi due setting assistenziali il paziente è affidato, dal DEA, secondo protocolli condivisi e preordinati, alle UO di tutoraggio specialistico a seconda della patologia del paziente. Il DEA deve compiere una doppia assegnazione al setting se-

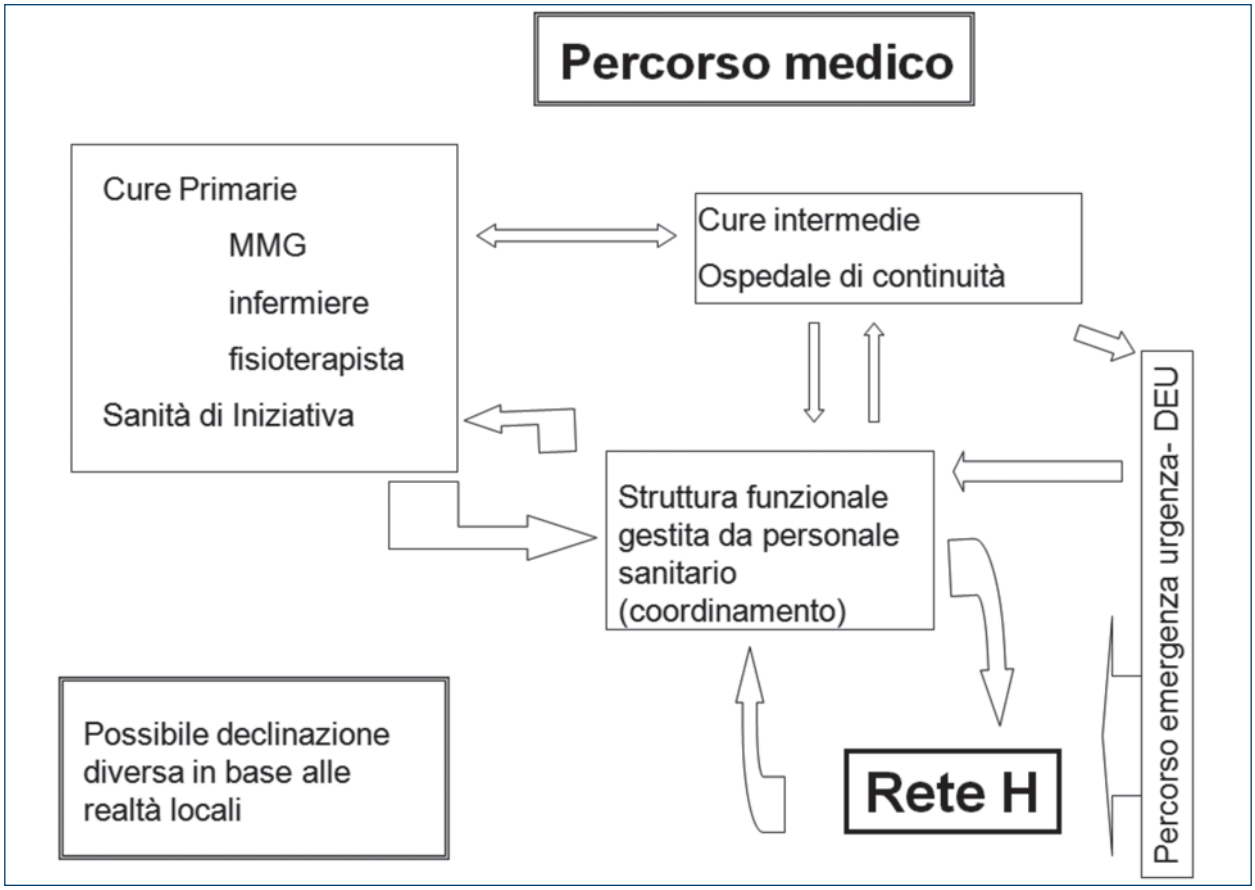


Figura 1 - *Tale struttura potrà coordinare prevalentemente l'accesso programmabile, ma anche favorirà al momento della dimissione la successiva accoglienza nel territorio.*
Con la integrazione coordinata delle risorse molti problemi possono essere risolti nel territorio senza un accesso alle strutture ospedaliera (per es. fra cure primarie e cure intermedie). Si viene a creare un vero e proprio **DIPARTIMENTO OUTPATIENTS** *in cui i pazienti più stabili possono essere trattati senza la necessità di ricovero. Quindi il modello di intensità di cure non interessa solo l'ospedale ma deve essere visto in maniera più ampia comprendente anche il territorio.*

condo la instabilità e all'UO a seconda il tipo di malattia. Solo mantenendo questa capacità si riduce il rischio clinico e si rendono esplicite le competenze entro l'ospedale.

PERCORSO INTRAOSPEDALIERO: PROCESSI DI CURA

"Solo" pazienti acuti in ospedale

Il modello "Ospedale per intensità di cure" valorizza il ruolo dell'Ospedale come luogo deputato alle situazioni di reale acuzie, seppure di grado diverso in base alla casistica ed in relazione al decorso.

Gli strumenti che il modello propone per adeguare i bisogni del paziente e le risorse che sono necessarie (Intensità di cure = Risorse X Tempo) vanno attentamente "presidiati", pena la tenuta complessiva del sistema.

PROCESSO DI CURA LIVELLO 1

I dati di letteratura dimostrano l'importanza della corrispondenza tra il livello di assistenza richiesto dal paziente e quello effettivamente erogato.

È comunque necessario che ogni struttura ospedaliera formalizzi i **criteri di accesso e i criteri di dimissione/trasferimento in una procedura/istruzione operativa**.

Fermi restando i vincoli non superabili rappresentati dalle dimensioni e dell'architettura della singola struttura è opportuno ridurre le distanze fisiche e comunque promuovere stretta relazione organizzativa tra le aree di livello 1. **I nuovi ospedali pensati per intensità di cura prevedono un'area unica di Livello 1 un cui è flessibile il numero dei letti di intensiva(1A) e subintensiva(1B)**.

Il **tutoraggio medico** nei confronti dei ricoverati nel livello 1A è di norma attribuito agli Anestesisti Rianimatori, ovvero ai Cardiologi per le Unità di Terapia Intensiva Coronarica.

Il tutoraggio nei confronti dei ricoverati nel livello 1B può essere ragionevolmente attribuito, oltre che agli specialisti del livello 1A, ad altri specialisti adeguatamente formati a trattare tutte o solo alcune delle casistiche che motivano il ricovero nel livello subintensivo in particolare internisti ma anche neurologi, pneumologi, geriatri. I medici addetti ai turni di guardia notturna e festiva del livello 1B vengono organizzati nell'ambito delle attività intensive, mentre i turni di guardia notturna e festiva dei livelli 1B non afferenti all'area anestesiologica-rianimatoria vengono espletati sulla base di una organizzazione aziendale che tiene conto delle UO afferenti alla struttura.

Area Subintensiva livello 1 B

Seppure modificazioni significative del quadro clinico potrebbero suggerire un cambiamento *sequenziale* del setting assistenziale nel rispetto del principio della gradualità delle cure e dell'appropriatezza nell'uso delle risorse, è innegabile che ogni "trasferimento interno" in step down, al migliorare del quadro clinico, rappresenti un momento critico per il paziente "spostato" nonché spesso il cambiamento dell'infermiere di riferimento e del medico tutor (vedi oltre).

L'identificazione di un'area intermedia tra il livello 1A e il livello 2 (cosiddetta degenza ordinaria) appare non solo necessaria ma rappresentativa delle esigenze correlate al mutare del quadro clinico dei ricoverati: ogni UO deve in linea di principio poter accedere al livello 1B

I criteri di accesso nelle suddette aree e i criteri di dimissione devono essere formalizzati.

Contesto strategico e contesto della specificità

I criteri di ammissione e dimissione non possono prescindere dal *contesto strategico* in cui l'Azienda si inserisce rispetto alla rete rappresentata dall'offerta dal Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

Nè i suddetti criteri e i modelli organizzativi possono prescindere dal *contesto della specificità*, definito come la tipologia ed il livello delle competenze presenti nella singola realtà e relativamente alle quali potrà essere necessario un profilo adeguato di people strategy.

SISTEMA DELLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE

L'OSPIC si propone come un luogo di cura più sicuro, con un elevato **livello di attenzione garantito dalla tecnologia disponibile ma anche dalle competenze diffuse dei professionisti**.

In questo ambito debbono essere valorizzate nei confronti della possibilità che le condizioni cliniche del paziente, dovunque ricoverato, possano deteriorarsi e la necessaria competenza con cui il riconoscimento di questa condizione possa indurre comportamenti adeguati e tempestivi da parte del personale addetto alla cura e all'assistenza.

Il termine Emergenza Intraospedaliera fa riferimento ad una situazione in cui si verifica una disparità, in senso negativo, tra condizioni cliniche e conseguenti necessità di un paziente da una parte e le risorse disponibili nel setting assistenziale in cui il paziente è ricoverato dall'altra.

Per ottenere risultati prognostici ottimali il sistema di emergenza interna deve poter disporre di un **MET (Medical Emergency Team**) che, sulle basi di un protocollo di attivazione interna da parte del medico o dell'infermiere sia in grado di fornire un intervento rapido e precoce nella gestione delle situazioni di criticità e di emergenza, superando la logica della chiamata solo nella immediata fase di pre-arresto cardiaco o addirittura ad arresto cardiaco in corso.

L'obiettivo è quello di contenere il numero di arresti cardio-respiratori nei reparti di degenza e l'incidenza di disfunzioni multiorgano riducen-

do conseguentemente il numero dei ricoveri non programmati in terapia intensiva e la mortalità.

Il MET quindi può essere attivato per uno stato di criticità impending, in base a un valore di MEWS stabilito sulla base del protocollo regionale, normalmente attestato oltre i valori di 3-4 ovvero sulla base di altri elementi clinici, laddove le sue condizioni destino preoccupazione nel personale di assistenza.

Il medico MET è di norma l'anestesista-rianimatore

PROCESSO DI CURA LIVELLO 2

Il livello 2 è rappresentato in tutti gli ospedali da un'area ampia con un numero elevato di posti-letto: una articolazione secondo modalità che risultino funzionali nella singola struttura appare opportuna.

La stessa definizione di degenza ordinaria per il Livello 2 è riduttiva. I pazienti ricoverati sono acuti ad alta complessità e quindi la dizione **High Care Medica** è più appropriata. In questo setting i pazienti eseguono terapie complesse e possono essere monitorizzati; si può utilizzare la ventilazione non invasiva.

Superando i confini fisici di Unità Operativa, i criteri di suddivisione potrebbero essere di due ordini:

- **congruenza verticale:** in base a esigenze assistenziali in crescendo/decrescendo;
- **congruenza orizzontale** con l'identificazione di *special cares*: esempi sono l'area stroke, l'area di degenza breve, l'area grigia (per le più frequenti casistiche di confine tra più specialistiche) e con l'integrazione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) formalizzati per patologie prevalenti.

L'identificazione di Aree Speciali deve comunque escludere una recidiva della "vecchia" organizzazione per Unità Operative fisicamente distinte, e rappresentare viceversa per specialisti di branche differenti l'opportunità per cimentarsi con un approccio multidisciplinare.

La suddivisione del tutoraggio dei posti-letto nel livello 2 dovrebbe seguire i seguenti criteri:

- specialistiche presenti;
- attribuzione della casistica in base alla dotazione organica e alle competenze presenti nella singola realtà.

In ragione della possibile variabilità della casistiche, è opportuno formalizzare delle procedure per far fronte ai periodi di overcrowding di una o più Unità Operative, al di là di quanto la dotazione organica ed il carico di lavoro consentirebbero di tutorare.

Definito un numero di posti-letto "base" per ogni specialistica che afferisce al livello 2, *concentrare* fisicamente laddove possibile i pazienti della medesima U.O. appare ragionevole, perché il carico di lavoro rappresentato dal tutoraggio "itinerante" non va sottovalutato.

La stratificazione del livello 2 a seconda della complessità assistenziale dell'ammalato può essere superata con una organizzazione infermieristica che preveda una flessibilità delle risorse di personale con il "**malato al centro":** si spostano e si concentrano a seconda delle esigenze le risorse infermieristiche e non l'ammalato.

IL MEDICO TUTOR

Il nuovo modello organizzativo si propone di garantire una presa in carico completa, tempestiva ed esplicita dell'utente ricoverato da parte della professione medica.

In caso di ricovero dal DEA il ricovero è attribuito alla Unità Operativa Complessa o Semplice Dipartimentale e, come anche nel ricovero programmato o DH, ovvero nell' accesso a Day Service/Ambulatorio, compete al Direttore della stessa identificare la persona che svolgerà la funzione di Medico Tutor.

Il Medico Tutor è il **referente del percorso clinico del paziente ed interlocutore nei confronti dei familiari** e deve "presentarsi formalmente" "prima possibile" (24-36 ore).

La "presentazione formale" avviene in occasione di un colloquio col paziente/familiari e può essere opportunamente preceduta o arricchita da una brochure in cui sono riportate anche altre informazioni sul ricovero e sui tempi e le modalità di contatto con il medico tutor.

Il contesto specifico può rendere difficile attuare tale principio, soprattutto negli ospedali di piccole dimensioni ed in alcune esperienze si è ovviato con il **"tutoraggio a équipes"** in cui ci sono medici tutor e medici associati.

Relativamente a tale soluzione si deve sottolineare l'importanza di un elevato grado di integrazione dei componenti dell'équipe. Ogni medico tutor à associato del collega e viceversa in modo che vi sia una piena integrazione e conoscenza degli ammalati. Questa organizzazione è finalizzata a superare i problemi delle guardie e delle altre attività – che un medico tutor deve necessariamente fare (ad es. ambulatori) oltre alla specifica attività di tutoraggio.

Lo stesso concetto di "**presa in carico**" deve essere ampliato e rivisitato attraverso il superamento della consulenza. Questo implica una condivisione del percorso e laddove coesistano più problematiche cliniche o si tratti di una casistica di confine tra più discipline cliniche implementare un modello organizzativo che consenta di mantenere lo stesso tutoraggio, formalizzando nei confronti del paziente il fatto che più specialisti concorrono tra loro alla sua cura con innegabile plusvalore. La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) nella versione attuale non consente di rappresentare tali forme di co-tutoraggio ed una modifica utile in tal senso appare opportuna.

LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA NELL'OSPIC

L'Organizzazione per Intensità di Cure rafforza il ruolo fondamentale dell'Infermiere quale punto di riferimento essenziale per il ricoverato e la sua famiglia.

Il personale infermieristico, assegnato ad aree multidisciplinari non più corrispondenti alle singole U.U.O.O., garantisce l'assistenza in setting omogenei per numero dei pazienti assicurando una flessibilità in relazione alla loro complessità assistenziale.

L'assegnazione degli infermieri all'area, la personalizzazione e la pianificazione dell'assistenza e delle cure, consente, attraverso l'impiego flessibile degli operatori, di poter coniugare le necessità dei singoli assistiti con le possibilità dell'organizzazione assistenziale prevedendo che si salvaguardi, per quanto possibile, la collocazione del ricoverato sul letto di assegnazione e la mobilità del personale attorno a lui ed ai suoi bisogni.

L'infermiere partecipa all'assegnazione del posto-letto e concorre a predisporre e facilitare il percorso di dimissione, ricercando una tempestiva ed adeguata presa in carico nel territorio anche grazie all'istituzione di setting assistenziali di low care a gestione infermieristica.

La personalizzazione delle cure prevede che gli infermieri adottino un **Modello Assistenziale** dove:

– sia scelto il **Modello Teorico di Riferimento**, attraverso il coinvolgimento della Direzione Infermieristica e degli infermieri clinici esperti del contesto;

– siano concertati criteri di accertamento del grado di complessità assistenziale del paziente (autonomia/dipendenza), resi fruibili come indici/score che orientano la pianificazione assistenziale e l'impiego delle risorse;

– sia garantita la **Formazione del personale**, Infermieristico e di supporto, integrata con quella delle altre professioni, per ottenere l'adeguamento del modello lavorativo ai nuovi scenari organizzativi e ai percorsi clinico-assistenziali;

– sia sviluppata un'unica documentazione sanitaria (integrata dai contributi dei diversi professionisti), siano definiti protocolli di comunicazione e loro monitoraggio.

Il Modello Assistenziale dovrà ispirarsi ai principi del **primary nursing** ed identificare:

– un **Infermiere di Riferimento** che è tutor del percorso assistenziale del paziente ed è interlocutore nei confronti dei familiari. Come per il medico tutor, l'infermiere di riferimento deve presentarsi formalmente prima possibile (6-24 ore). L'Infermiere di riferimento coadiuvato dagli altri infermieri del setting (infermieri associati) analizza i bisogni assistenziali, pianifica e attua l'assistenza e predispone il percorso di dimissione interagendo in équipe con i medici e gli altri professionisti che hanno in cura il paziente.

L'infermiere di riferimento e gli infermieri associati garantiscono un'assistenza avanzata supervisionando ed avvalendosi del personale di supporto (OSS) per l'assistenza di base e alberghiera.

– Un **Coordinatore Infermieristico** di Area, garante del migliore utilizzo delle risorse umane ed economiche a disposizione mediante un monitoraggio continuo e puntuale.

AZIENDE OSPEDALIERE-UNIVERSITARIE (AOU)

Le Azienda Ospedaliere Universitarie (AOU) svolgono in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso elemento strutturale del Sistema Sanitario Nazionale ed in particolare del Sistema Sanitario Regionale della Toscana, nell'ambito del quale concorrono al raggiungimento sia della tutela complessiva della salute che della loro finalità di didattica e ricerca.

Pertanto l'applicazione dell'ospedale per intensità di cure alle aziende ospedaliero-universitarie dovrebbe adattarsi ad alcune caratteristiche che sono specifiche per queste strutture.

1) Le AOU ospitano numerosi corsi di laurea (non solo Medicina e Chirurgia, ma anche tutte le Professioni Sanitarie) con un flusso globale di studenti che supera le 5.000 unità. Gli studenti devono essere *ospitati* nei reparti, che pertanto devono prevedere questa necessità.

2) La necessità didattica impone di avere una maggior varietà della tipologia di pazienti, anche a bassa intensità, perché più collaborativi ed autonomi e quindi "ideali" per insegnare la redazione dell'anamnesi e la semeiotica ai giovani studenti.

3) La presenza dell'Università rende più articolata l'organizzazione delle AOU. E' tipico per queste aziende avere più UU.OO. per ogni singola disciplina, dovendo essere rappresentata sia la parte Ospedaliera che Universitaria. Ogni professore ordinario, ad esempio, dovrebbe per legge dirigere una struttura assistenziale (semplice o complessa). Questo *frazionamento* potrebbe essere gestito meglio se fossero realizzate le aree omogenee di ricovero (aspetto fondamentale dell'organizzazione per intensità di cure) ma il tipo di edilizia delle grandi AOU toscane (soprattutto Careggi e Pisa) rende impossibile al momento mettere in atto tale rivisitazione dell'area di ricovero ordinario.

4) L'attività di ricerca può a volte essere in contraddizione con l'organizzazione per intensità di cure, perché richiede un'organizzazione assistenziale mirata, una particolare attenzione alla tipologia dei pazienti, un'assistenza infermieristica con personale specializzato.

5) È necessaria una relazione stretta tra il DEA e le cliniche Universitarie nelle AOU, affinché il contributo dato da queste ultime all'offerta complessiva di posti-letto dell'Azienda non confligga con la *mission* didattica.

Un nuovo modello di percorso nascita per l'integrazione ospedale-territorio

Il percorso nascita nell'AUSL 9 di Grosseto: l'individuazione del Rischio Ostetrico a 12 settimane

Il ribaltamento della piramide assistenziale

Enrico Colosi, responsabile Centro Medicina della Riproduzione e Percorso Nascita AUSL9 Grosseto. Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Dirigente della AUSL9 di Grosseto dal 1988. Professore a contratto presso la Facoltà di Ostetricia dell'Università degli Studi di Firenze. Già Segretario Nazionale della Società di Ecografia Ostetrico-Ginecologica e Referee del Ministero della Salute.

ENRICO COLOSI*, GIUSEPPE MAZZULLO**, DANILO ZUCCHERELLI***

** Responsabile Centro Medicina della Riproduzione e Percorso Nascita*
*** Direttore AF Materno-Infantile*
**** Direttore Sanitario*
AUSL 9 Grosseto

IL PARTO IN OSPEDALE

Nel 1890 la legge Crispi-Palliani regolamenta per la prima volta il percorso nascita istituendo la figura dell'Ostetrica Condotta come responsabile del percorso nel territorio, ma garantisce anche la nascita nelle strutture ospedaliere.

Nel 1978 con la legge 833 e l'istituzione del SSN si ha la vera centralizzazione del parto in ospedale.

Dal 1978 al 1995 in Toscana ci sono 32 UUSSLL, 4 delle quali nella provincia di Grosseto, dove i punti nascita sono ben 6 che si dividono le circa 1500 nascite annue. La provincia di Grosseto in quel momento detiene il poco invidiabile primato toscano in quanto a morbi-mortalità perinatale.

Nel 1996 le USL divengono provinciali, nasce la AUSL 9 Grosseto e inizia una progressiva chiusura dei punti nascita in accordo sia con le linee guida delle varie società scientifiche sia con le direttive della Regione Toscana.

Nel 2007 il processo di razionalizzazione si concretizza con l'istituzione del "punto nascita unico provinciale" all'interno dell'Ospedale Misericordia di Grosseto dove vengono espletati i circa 1600 parti dell'intera provincia.

La volontà di rendere l'evento parto sempre più sicuro ha portato ad un considerevole miglioramento della professionalità, permettendo di ridurre la morbi-mortalità perinatale. Grazie a ciò e ad un numero adeguato di parti/mese per ginecologo/ostetrica, l'AUSL 9 attualmente è al secondo posto regionale dei punti nascita più sicuri.

IL PERCORSO NASCITA NEL TERRITORIO

Contemporaneamente alla razionalizzazione dei punti nascita è nata l'esigenza dell'individuazione di un nuovo Percorso Nascita allo scopo di servire un così vasto territorio e raggiungere gli obiettivi di sicurezza, qualità e soddisfazione dell'utenza.

In particolare riteniamo che per migliorare il livello di salute materna e neonatale sia necessario prevedere:

- la possibilità di raggiungere tutta la popolazione in gravidanza coinvolgendo anche le immigrate;
- la diagnosi precoce delle gravidanze a rischio
- l'ostetrica come professionista di riferimento per la gravidanza fisiologica;
- l'integrazione tra ospedale e territorio.

Al fine di raggiungere tutte le coppie è necessario poter contare sulla collaborazione del personale dei Consultori distribuiti in tutto il territorio a cui sarà necessario fornire un'adeguata formazione per la gestione della gravidanza. Il consultorio diventa così il luogo ideale per la presa in carico della paziente ostetrica.

Per quanto concerne la necessità di arrivare anche a tutte le coppie di immigrati, sarà utile il coinvolgimento delle varie comunità etniche e l'utilizzo delle strategie e delle tecnologie di comunicazione più idonee.

La più recente letteratura riconosce l'importanza di individuare il rischio ostetrico più precocemente possibile al fine di migliorare l'outcome materno-fetale; in questo ambito si inserisce l'at-

tenzione all'offerta di test di screening prenatali con un elevato valore predittivo che consentano di selezionare le gravidanze fisiologiche da quelle ad alto rischio (anomalie cromosomiche, preeclampsia, prematurità, ritardo di crescita intrauterino, diabete gestazionale, ecc.) in modo da inviare quest'ultime a percorsi più appropriati di diagnostica prenatale e di assistenza per gravidanza a rischio.

Tale percorso rovescia l'abituale piramide dell'assistenza prenatale che prevedeva l'aumentare delle visite ostetriche vicino al termine della gravidanza, ponendo adesso al primo trimestre di gravidanza il momento cruciale per l'opportunità di effettuare una possibile individuazione del rischio di patologia.

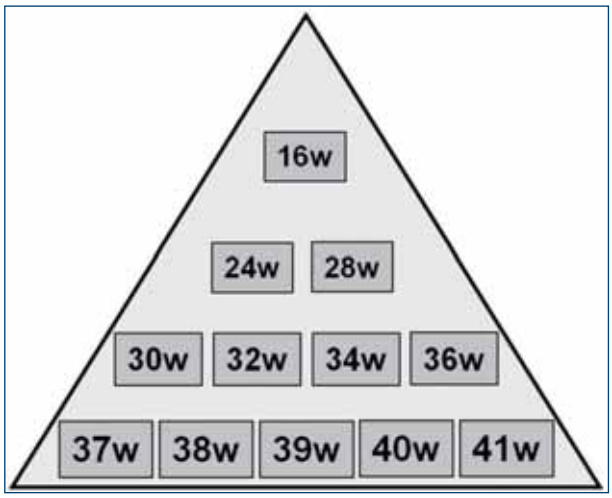


Fig. 1 – *La storica piramide per l'assistenza prenatale che prevedeva un aumento della frequenza delle visite ostetriche con l'avvicinarsi della data prevista per il parto.*

Fig. 2 – *La nuova piramide dell'assistenza prenatale proposta per l'AUSL9 e la Regione, adattando quella della Fetal Medicine Foundation (FMF) alla realtà Toscana.*

L'individuazione del rischio precoce ha la necessità di essere eseguita da personale adeguatamente formato, in grado di certificare la propria competenza. La stessa competenza che sarà necessaria nella rivalutazione del rischio nel 2° e 3° trimestre; saranno perciò gli stessi operatori a recarsi nel territorio per eseguire i suddetti controlli, offrendo un servizio di eccellenza, creando una continuità assistenziale e realizzando in tal modo una fattiva integrazione Ospedale-Territorio.

In realtà più dell'80% delle gravidanze restano fisiologiche ed è ormai accertato che una gravidanza presa in carico e seguita da un'ostetrica ha più probabilità di terminare con successo. Per questo motivo, al centro del percorso nascita deve essere messa la figura dell'ostetrica del territorio a cui vengono dati tutti gli strumenti tecnologici e procedurali necessari. Anche in questo caso la rete territoriale dei Consultori familiari rappresenta il punto nodale per la presa in carico della gravidanza fisiologica e l'ostetrica del Consultorio dovrà essere la figura di riferimento del Percorso nascita dal concepimento al puerperio.

Infine, dovranno essere presi tutti gli accorgimenti necessari per una corretta ed efficace integrazione tra ospedale e territorio attraverso la condivisione di protocolli, procedure ed il costante scambio di informazioni.

L'ESPERIENZA DEL TEST COMBINATO

Dal 1999 la AUSL9 di Grosseto offre la possibilità di calcolare il rischio di cromosomopatie nel primo trimestre di gravidanza attraverso un prelievo per la valutazione del free-beta-hcg e PAPP-A ed una ecografia per la valutazione della translucenza nucale (test combinato). Dal 2007 questo è diventato un test di screening regionale. Da allora ad oggi l'adesione allo screening è andata sempre aumentando fino a superare il 90% della popolazione permettendo così di ottenere risultati eccellenti: gli esami invasivi (amnio e villocentesi sono diminuite dal 40% a meno del 5% con una percentuale di diagnosi delle cromosomopatie che è passata dal 60% al 95% (22 su 23 dal 2007 al 2011), ma anche con un abbattimento delle perdite fetali causati dagli esami invasivi vicino allo 0.

Questi risultati sono stati il frutto di una sperimentazione della Regione Toscana che ha voluto estendere a tutta la popolazione un test di screening formando un numero adeguato di medici attraverso corsi e certificazioni di altissimo livello (Fetal Medicine Foundation) ed investendo in tecnologia con l'acquisto di ecografi in grado di eseguire un accurato esame fetale già nel primo trimestre di gravidanza.

In questo specifico caso abbiamo potuto dimostrare che investendo in formazione/professionalità e tecnologie si può soddisfare allo stesso tempo il desiderio di salute e la necessità di risparmio.

L'esperienza del Test Combinato ci ha spinto a pensare di riprodurre ciò che si è fatto per l'individuazione del rischio di cromosomopatie con altre patologie della gravidanza con un impatto socio-economico ancora più importante quali la preeclampsia, il parto pretermine e il diabete gestazionale.

Tabella 1

Il Personale	Le Tappe

1
Ostetrica del Consultorio
 	
Procedura
	• consegna libretto gravidanza presso la sede del Consultorio di residenza;
	• illustra il percorso nascita (visite, ecografie, ecc.) con consegna materiale informativo multilingue ed informa sulle certificazioni previste dalle normative
	• raccoglie i dati anamnestici necessari
	• prenota tramite CUP in agenda dedicata ad uso esclusivo per:
	  • Il Counseling collettivo, il prelievo del primo trimestre e quello degli screening prenatali;
	  • la prima visita ed ecografia ostetrica per la valutazione del rischio ostetrico a circa 12 settimane per le donne.

La Sede	**Presso la sede del Consultorio di residenza**
2 Personale Percorso Nascita Procedure	• effettuazione del counseling collettivo con le coppie a 8/10 settimane (tappe del percorso nascita e stile di vita) con il personale dedicato per illustrazione e firma della check-list e del consenso informato. • Prelievo ematico per l'effettuazione dei primi esami del libretto + free-betaHCG e PAPP-A presso l'Ospedale Misericordia
La Sede	**Presso l'ambulatorio del Percorso Nascita centralizzato**
3 Personale del Percorso Nascita Procedure	Prima visita della donna con la valutazione del Rischio Ostetrico a circa 12 settimane; • se la gravidanza risulta a "basso rischio" la paziente viene indirizzata nel percorso di Gravidanza Fisiologica gestito dalle Ostetriche del consultorio di residenza; Il personale del centro prenota inoltre la rivalutazione del rischio a 20 settimane presso i consultori di residenza; • se la gravidanza risulta ad "alto rischio" la paziente viene indirizzata presso l'Ambulatorio della Patologia Ostetrica dell'Ospedale Misericordia. c. La donna sarà prenotata per la visita e l'ecografia del 2° trimestre nel territorio di residenza.
La Sede	**Presso l'ambulatorio del Percorso Nascita centralizzato**
4 Ostetrica del Consultorio Protocollo	**Gravidanza fisiologica** Presa in carico della donna da parte dell'Ostetrica del consultorio di residenza e visite preferibilmente a 16, 24, 28, 36, 38 settimane circa e prenotazione per i corsi di accompagnamento alla nascita intorno la 28 ° settimana; eventuali interventi delle altre figure professionali del consultorio.
La Sede	**Presso la sede del Consultorio di residenza**
5 Personale ospedaliero Protocollo	**Gravidanza patologica** Presa in carico della donna da parte dell'Ambulatorio di Patologia Ostetrica dell'Ospedale Misericordia informa e prenota per i corsi accompagnamento alla nascita intorno alla 28 ° settimana.
La Sede	**Presso l'ambulatorio di patologia ostetrica in Ospedale Misericordia**
6 Medico del Percorso Nascita ed ostetrica consultoriale Procedura	Rivalutazione del rischio: • visite ed Ecografia del 2° e 3° trimestre (a 19/22 e 32/34 settimane): visita, eco morfologica o auxometrica; • visite, monitoraggio della gravidanza attraverso (CTG) cardiotocografia e valutazione (AFI) liquido anmiotico a 40-40+6 settimane.
La Sede	**Presso la sede del consultorio di residenza**
7 Personale Ospedaliero Protocollo	Gravidanza a 41 settimane ed oltre per timing e modalità del parto.
La Sede	**Presso l'ambulatorio di patologia ostetrica in Ospedale Ospedale Misericordia**
8 Personale Ospedaliero Protocollo	Evento nascita
La Sede	**Presso il Punto Nascita unico dell'Ospedale Misericordia**
9 Ostetrica del consultorio Protocollo	Visita in puerperio per MADRE e NEONATO (entro sette/dieci giorni dalla dimissione).
La Sede	**Presso la sede del Consultorio di residenza o a domicilio**

IL PERCORSO NASCITA DELLA AUSL 9 IN 9 TAPPE

Il percorso nascita, *completamente gratuito*, si sviluppa in complessive **9 tappe**

Vengono garantite a livello territoriale, mediante gli accessi ambulatoriali nelle sedi indicate, il complesso delle prestazioni dell'Area materno infantile elencate in Tabella 1.

CONCLUSIONI

Lo scopo di questa nuova concezione di percorso nascita è quello di diminuire ulteriormente la morbi-mortalità perinatale aumentando i livelli di professionalità consolidando un'équipe di medici ed ostetriche esperti nella gestione dell'evento parto e della patologia ostetrica all'interno dell'Ospedale e formando un'altra équipe in grado di selezionare precocemente la maggioranza delle gravidanze fisiologiche e seguirle nel territorio attraverso i consultori familiari.

Integrare questi due percorsi per una continuità terapeutica attraverso protocolli condivisi.

Offrire così l'eccellenza per tutti, con equità, ma anche con razionalità e senza sprechi.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: e.colosi@usl9.toscana.it

TM

Ricerca e clinica

Toscana Medica 1/13

Chiara Lorini è laureata in scienze biologiche, dottore di ricerca in Pediatria Clinica e Preventiva, assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze e professore a contratto presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia della stessa Università.

Sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta in Toscana dal 2006 al 2011

CHIARA LORINI, GUGLIELMO BONACCORSI, NICOLA COMODO, IL GRUPPO DEI REFERENTI OSPEDALIERI*

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Firenze

A gennaio 2012, l'eradicazione della poliomielite è stata dichiarata, dall'Executive Board dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *a programmatic emergency for global public health*.

L'Italia, pur essendo stata ufficialmente certificata libera da poliomielite il 21 giugno 2002, è un paese "libero" dalla polio (polio-free) dalla seconda metà degli anni '80. Tuttavia, la ricomparsa della malattia è sempre possibile fino a quando ci saranno zone del mondo in cui il virus è presente. L'Italia è coinvolta nelle attività di sorveglianza necessarie per la certificazione dell'eradicazione della poliomielite, la più importante delle quali è costituita dalla sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA). Tale sorveglianza, secondo quanto previsto dal Piano Glo-

* Azienda USL 1 – Massa Carrara: Luigi Matini, Anna de Benedittis, Giovanni Andreani; Azienda USL 2 – Lucca: Raffaele Domenici, Liana Ricciardi, Elisabetta Spadoni; Azienda USL 3 – Pistoia: Rino Agostiniani, Stefano Bartolini; Azienda USL 4 – Prato: Donatella Aquilini, Francesca Massaro, Mariateresa De Felice; Azienda USL 5 – Pisa: Gianluca Moscato, Maria Clementina Sorrentino; Azienda USL 6 – Livorno: Edoardo Micheletti, Giuseppe Meucci, Osvalda Maccanti, Fabrizio Michelotti, Duilio Biani, Roberto Catalani; Azienda USL 7 – Siena: Igino Giani; Azienda USL 8 – Arezzo: Piergiorgio D'Ascola, Fulvio Papa, Amedeo Bianchi; Azienda USL 9 – Grosseto: Silvia Chigiotti; Azienda USL 10 – Firenze: Maria Rosaria Elicio, Fabrizio Balestrieri, Lorenzo Mecocci, Massimo Strano, Rossella Nieri; Azienda USL 11 – Empoli: Fabrizio Masoni, Maria Lombardi, Marianella Turini; Azienda USL 12- Versilia: Paolo Del Dotto, Pierina Del Carlo; Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi – Firenze: Giampaolo Corti, Gaetana Sterrantino, Stefania Latorraca, Walter Bosini; Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer – Firenze: Luisa Galli, Massimo Resti, Federico Melani, Francesco Zellini, Francesco Mari; Azienda Ospedaliero-Universitaria Le Scotte – Siena: Nicoletta Carnicelli, Maria Mencarelli, Alessandro Malandrini, Paola Galluzzi, Salvatore Grosso; Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Chiara – Pisa: Ubaldo Bonuccelli, Grazia Taddeucci

bale per l'eradicazione della poliomielite (GPEI), ripreso dal Piano Regionale Europeo e da quello nazionale, definisce lo stato corrente del processo di eradicazione della poliomielite e rimane a tutt'oggi il sistema di eccellenza per la ricerca di poliovirus selvaggi anche in un'area dichiarata "polio-free".

La sorveglianza attiva della PFA si basa sulla creazione di una rete di referenti ospedalieri e sul mantenimento di un contatto periodico con gli stessi al fine di:

- individuare ogni caso di PFA dovuto a qualunque eziologia in soggetti ospedalizzati di età inferiore a 15 anni e ogni caso di sospetta polio in persone di tutte le età[1];
- notificare ciascun caso di PFA al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e alla Regione Toscana;
- raccogliere un campione di siero e uno di feci entro 14 giorni dall'inizio della paralisi e, a 24 ore di distanza, un secondo campione di feci;
- inviare i campioni biologici al laboratorio di riferimento dell'ISS, accreditato dall'OMS nell'ambito del Global Polio Laboratory Network, per le indagini virologiche;
- raccogliere informazioni cliniche di ciascun caso entro 60-90 giorni dalla sintomatologia paralitica per la classificazione finale.

Gli obiettivi generali della sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta sono i seguenti:

- fornire le necessarie informazioni e formulare raccomandazioni periodiche alle Regioni/PP.AA. per il mantenimento di adeguati livelli di copertura vaccinale nei confronti della poliomielite e per il raggiungimento di gruppi di popolazione a rischio (nomadi, immigrati, rifugiati), anche tramite il regolare (annuale) monitoraggio della copertura vaccinale nazionale e regionale;
- mettere in evidenza, immediatamente, eventuali casi sospetti di malattia ed attuare, di conseguenza, le necessarie misure di sanità pubblica (segnalazione degli hot-case all'OMS);
- attivazione di indagini siero epidemiologiche, qualora necessario;
- verificare l'attuazione delle indicazioni relative al contenimento di poliovirus selvaggi e di materiali potenzialmente infetti da poliovirus selvaggi in laboratori dotati di adeguati livelli di sicurezza.

Il monitoraggio della qualità della sorveglianza della PFA a livello nazionale e subnazionale, utilizzando indicatori standard di performance, consente di identificare le carenze del sistema, ovvero zone in cui una eventuale circolazione dei poliovirus potrebbe passare inosservata (carenze nella segnalazione di casi) e potenziali ritardi nell'attivazione di interventi volti a limitare il progredire della trasmissione in caso di reintroduzione del virus (non tempestività nel trasporto dei campioni di feci ai laboratori e nella loro analisi).

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze è la struttura regionale di riferimento per la gestione del sistema di sorveglianza della PFA in Toscana (Delibera Regione Toscana N. 235 del 27-03-2012). Sul-

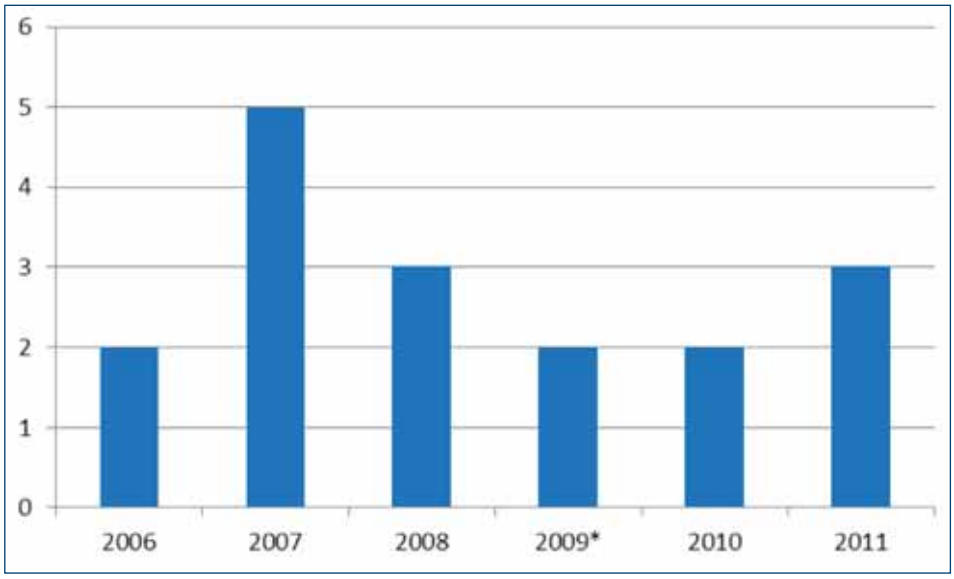


Figura 1 - *Casi di PFA segnalati in Toscana dal 2006 al 2011, rispondenti ai criteri OMS.*

* 1 caso era residente in provincia di Nuoro, pertanto è stato successivamente assegnato alla Regione Sardegna.

[1] È soggetto a segnalazione ogni caso di PFA, dovuto a qualsiasi eziologia -Sindrome di Guillain-Barrè, polinevrite, mielite traversa, trauma, compressione spinale, infezioni da altri virus o batteri, intossicazioni, etc.- in soggetti di età compresa tra 0 e 14 anni compiuti e di ogni caso di sospetta polio in persone di tutte le età (Circolare del Ministero della Salute, protocollo n. 400.3/28/843 del 27/2/2001).

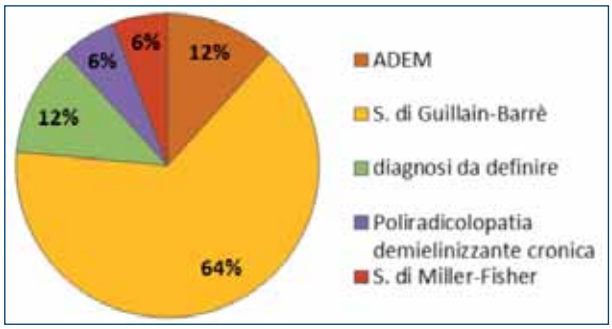


Figura 2 - *Diagnosi finale dei casi di PFA segnalati in Toscana dal 2006 al 2011.*

ADEM "acute disseminated encephalomyelitis".

la base delle indicazione dell'OMS, ovvero del quadro epidemiologico delle patologie soggette a segnalazione tra 0 e 14 anni compiuti di età, i casi di PFA attesi nella Regione sono 4-5/anno.

La sorveglianza PFA in Toscana si avvale della collaborazione di referenti ospedalieri in tutte le AASSLL/AAOO, operanti nei reparti di malattie infettive, pediatria e neurologia, nominati dalla rispettiva direzione sanitaria, che vengono contattati ogni due settimane per e-mail. La rete dei referenti viene periodicamente aggiornata e concordata con le direzioni sanitarie aziendali e di presidio.

I casi di PFA segnalati dal 2006 ad oggi in Toscana sono stati 23. Di questi, 6 sono stati successivamente esclusi perché non rispondenti ai criteri OMS (paralisi esclusivamente facciali, paralisi ostetrica degli arti). La segnalazione iniziale di tali casi è comunque importante perché costituisce un indice di attenzione da parte dei referenti ospedalieri. I casi di PFA segnalati dal 2006 ad oggi rispondenti alle definizioni OMS sono stati pertanto 17 (Figura 1), di cui 9 femmine e 8 maschi, con età media di circa 7 anni e mezzo. Nel 2007 è stato registrato il numero massimo di casi (5), pari all'atteso. Negli anni successivi i casi segnalati sono stati 2-3/anno. Per tutti i casi è stata compilata la scheda di follow-up con identificazione della diagnosi finale, che è risultata Sindrome di Guillain-Barrè in 11 casi (64%) (Figura 2). 14 casi (82%) sono stati segnalati dai referenti neurologi dell'AOU Meyer, 2 dal referente pediatra dell'ospedale di Prato e 1 da quello di Lucca. In due casi non sono stati raccolti i campioni biologici perché la segnalazione è stata tardiva rispetto alla comparsa dei sintomi.

La generale minor numerosità dei casi segnalati rispetto agli attesi può essere attribuita a due differenti motivazioni:

- reale minor incidenza dei casi soggetti a segnalazione rispetto all'atteso
- carenze nella sorveglianza.

L'ipotesi di una reale minor incidenza dei casi soggetti a segnalazione rispetto all'atteso è stata sollevata anche da referenti di altre regioni nell'ambito degli incontri annuali con il centro di coordinamento dell'ISS. I responsabili del coordinamento dell'ISS, sulla base delle indicazioni dell'OMS, hanno confermato la validità del numero di casi attesi previsto per ogni Regione. Ciò ci induce ad attribuire la minore segnalazione rispetto all'atteso alla mancata segnalazione di alcuni casi di PFA da parte degli stessi referenti del sistema o all'assenza di referenti in alcuni reparti. Un'informazione diffusa tra tutti gli operatori sanitari, non solo tra i referenti ospedalieri, sugli obiettivi della sorveglianza e sulla definizione dei casi da segnalare potrebbe portare a ridurre eventuali lacune della rete, ovvero alla tempestiva segnalazione al proprio referente ospedaliero di un potenziale caso, così come osservato in alcune regioni italiane.

Per discutere questi ed altri aspetti, il 28 gennaio 2011 è stato organizzato, presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze, il convegno "Liberi da polio. La Sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta in Italia e in Toscana", al quale hanno partecipato 75 operatori. Inoltre, nel sito internet del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze è stata predisposta una sezione dedicata alla sorveglianza PFA (http://www.dsp.unifi.it/CMpro-v-p-55.html), che viene regolarmente aggiornata, nella quale è stato inserito anche il materiale inerente al convegno.

Gli autori ringraziano la Dott.ssa Emanuela Balocchini e Dott.ssa Lucia Pecori della Regione Toscana (Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Servizi di prevenzione in sanità pubblica e veterinaria), la Dott.ssa Lucia Fiore, il Dott. Gabriele Buttinelli, il Dott. Stefano Fiore e la Dott.ssa N. Amato dell'Istituto Superiore di Sanità (Reparto "Vaccini Virali", Centro Nazionale per la Ricerca e Valutazione dei Prodotti Immunobiologici), la Dott.ssa Maria Grazia Pompa e la Dott.ssa Elvira Rizzuto del Ministero della Salute (Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale).

Per dettagli sulla definizione di caso (elenco dei codici ICD soggetti a segnalazione), proposta di ulteriori referenti, approfondimenti e indicazioni bibliografiche scrivere a: chiara.lorini@unifi.it. **TM**

Dal cervello alla mente

Le neuroscienze al centro del sapere contemporaneo

Enrico Grassi, laureato a FI. Spec. in Neurologia Dottore di Ricerca in Neuroscienze con tesi dal titolo: "Il cervello destro di Ravel". Dal 2000 è Dirigente Medico di I° livello presso la U.O. di Neurologia dell'Osp. di Prato dove è responsabile del Centro dei Disturbi del Movimento e dell'Ambulatorio per le Cefalee. Libero docente in Neurologia c/o la Scuola di Spec. in Neurologia dell'Univ. degli Studi di Firenze.

ENRICO GRASSI, PASQUALE PALUMBO

U.O. Neurologia - Ospedale di Prato

INTRODUZIONE

Oggi le neuroscienze costituiscono il punto di contatto tra scienziati, medici, filosofi, artisti, biologi, fisici, sociologi e in generale tra tutti coloro interessati al rapporto mente-cervello.

In questo ampio dibattito dove i tradizionali saperi umanistici e scientifici confluiscono, le neuroscienze si avvalgono essenzialmente di un approccio riduzionistico nello studio dell'attività cerebrale, giungendo a rivoluzionare le nostre idee morali e l'idea stessa di uomo come essere pensante e razionale.

L'attenzione per tematiche proprie dei "Dialoghi sui Massimi Sistemi" di Galileiana memoria, ha costretto i neuroscienziati a confrontarsi con problemi fino a questo momento propri di altri campi della cultura.

Per poter indagare mente e coscienza, le neuroscienze hanno oggi a disposizione strategie e tecnologie nuove e straordinarie che hanno aperto nuove frontiere all'interno della biologia molecolare, della genetica, della neuroimaging, addirittura della fisica quantistica.

In questo articolo cercheremo di fare un quadro assai succinto dell'incontro tra saperi antichi come la sociologia, l'economia, l'etica, con le scoperte sul funzionamento del cervello.

IL CERVELLO SOCIALE

Gli esseri umani appaiono essere programmati per essere relazionali. La relazione sociale fa parte del nostro patrimonio genetico. I modelli di sviluppo sono certamente sfaccettati essendo influenzati e plasmati dalla qualità e dalla quantità di relazioni che noi sperimentiamo durante il nostro sviluppo somatico e soprattutto psico-affettivo.

Robin Dunbar, direttore dell'*Institute of Cognitive and Evolutionary Anthropology* dell'università di Oxford, suggerisce uno stretta relazione tra il rapporto del volume dell'isocortex (enormemente sviluppatasi nei primati) e il resto del cervello da una parte e le dimensione del gruppo sociale e la complessità delle relazioni sociali dall'altra (Figura 1).

In questo ambito la scoperta più sensazionale la si deve certamente ad un gruppo di ricerca italiano, quello del prof. Giacomo Rizzolatti di Parma.

Le loro ricerche ci dicono infatti che quelle parti del nostro cervello che, fino a non molti anni fa, ci sembravano deputate solamente a controllare i nostri movimenti sono anche molto rilevanti nell'aiutarci a decodificare l'agire altrui.

Per usare le parole di un altro protagonista di queste sensazionali scoperte, il prof. Vittorio Gallese: *"In parole povere oggi sappiamo che aree del nostro cervello che si attivano durante l'esecuzione di movimenti motivati dal conseguimento di certi scopi (per esempio, la mia mano che afferra un bicchiere per prenderlo e portarlo alla bocca per bere), contengono neuroni – i neuroni specchio – che si attivano anche quando siamo testimoni di analoghe azioni eseguite dagli altri. Il nostro ruolo di spettatori è molto meno passivo di quanto non si ritenesse trent'anni fa o di quanto molti ritengano ancora oggi"*.

Allo stesso modo abbiamo imparato che le aree del nostro cervello che si attivano quando il nostro corpo viene, per esempio, accarezzato o schiaf-

Figura 1

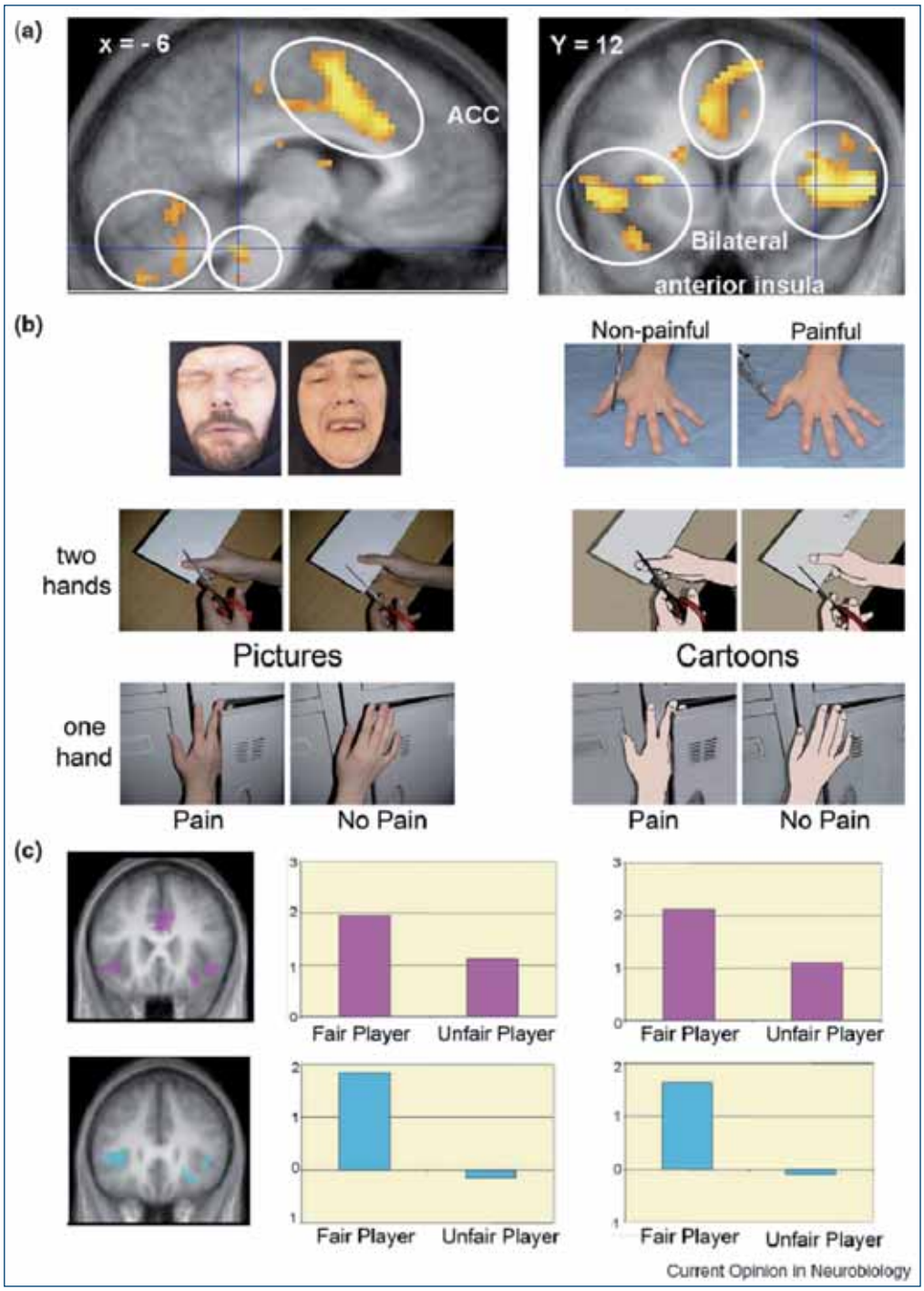


Figura 2 - *Hein and Singer, 2008.*

feggiato vengono attivate anche quando vediamo accarezzare o schiaffeggiare il corpo di un altro (Figura 2).

Abbiamo dunque una base neurale condivisa, che si attiva quando siamo soggetti dell'esperienza; ma anche quando ne siamo solo testimoni.

Charles Darwin nel suo libro forse più ricco di spunti per i neuroscienziati del comportamento, "*Le espressioni delle emozioni nell'uomo e negli animali*" aveva già intuito che esiste una modalità di comunicazione interindividuale delle emozioni di base (paura, rabbia, disgusto, ecc.) che è universale. Adesso la scoperta dei neuroni a specchio ci fornisce il substrato neurobiologico di questa grande intuizione darwiniana, fornendoci anche un'eccezionale chiave interpretativa di concetti chiave come l'empatia sociale e l'apprezzamento estetico.

NEUROETICA

Patricia Churchland nel suo recentissimo "*Neurobiologia della morale*" (Cortina, 2012) spiega così la nascita della moralità: "nelle prime fasi dell'evoluzione dei mammiferi, *gli altri* erano

solo i piccoli indifesi. Secondo le condizioni ecologiche e dei fattori di adattamento, in alcune specie di mammiferi la cura per il benessere dei piccoli è arrivata a abbracciare compagni ed amici, nonché estranei via via che il cerchio si allargava."

Questa estensione della *cura per gli altri*, il piacere di stare con loro e l'essere angosciato dalla separazione da questi (processo che i neuroendocrinologi definiscono con il termine di *attaccamento)* è sostenuta da complessi circuiti neurali e neurochimici che costituiscono la base neurale per la moralità.

La filosofa Adina Roskies, direttrice del Mind and Brain Studies Programm del Darthmouth College distingue *un'etica delle neuroscienze* dalle *neuroscienze dell'etica*.

L'etica delle neuroscienze si occupa ad esempio dei problemi legati alle sperimentazioni sul cervello, delle modalità di ottenere il consenso informato per terapie innovative ad esempio nel campo delle malattie neurodegenerative.

Al contrario le *neuroscienze dell'etica* si occupano del contributo che i moderni approcci neuroscientifici possono apportare al dibattito etico come lo studio delle basi neurobiologiche del *decision making* in ambito morale, della questione del libero arbitrio attraverso lo studio degli antecedenti neurali dell'azione volontaria, o ancora esplorando quell'universo per vasti tratti ancora sconosciuto che è la coscienza.

Dal momento che le nostre vite mentali e il nostro comportamento sono il risultato del funzionamento dei nostri cervelli, ne deriva che *noi siamo i nostri cervelli*.

Se la mente diventa, in tutto e per tutto, un prodotto del cervello allora deve esistere una "morale prima della morale", vale a dire una struttura neuronale presente nel nostro cervello che determina e guida i nostri comportamenti sociali e morali dandoci solo l'illusione di essere liberi nella scelta.

Benjamin Libet in esperimenti pioneristici (Libet et al, 1983, Libet, 2004) ha dimostrato che il cosiddetto potenziale di prontezza motoria (PPM) registrato all'EEG generato dall'area supplementare motoria comincia circa 1 secondo prima dell'avvio del movimento registrato tramite EMG. I soggetti divengono consapevoli della loro intenzione di effettuare il movimento circa 200 ms prima dell'inizio del movimento, quindi 800 ms dopo l'inizio dell'attività preparatoria al movimento.

Questi esperimenti dimostrano quindi che i nostri atti vengono causati da un'attività preconscia del cervello, che diventa cosciente soltanto in un momento successivo (Figura 3).

Seppur molto contestati, gli esperimenti di Libet hanno avuto diverse conferme e hanno ispirato molte altre ricerche tra cui il lavoro di Sirigu e colleghi pubblicato nel 2004 su Nature Neuroscience che ripetono l'esperimento di Libet su pazienti con lesioni parietali. Addirittura tali pazienti divenivano coscienti di intraprendere l'azione solo quando l'azione stessa era ormai in fase di realizzazione.

Gli studi del gruppo di John-Dylan Hayes dimostrano come, studiando con tecniche di *brain imaging* un'area del lobo frontale (BA 10), gli sperimentatori potessero predire una scelta comportamentale (il movimento della mano destra piuttosto che della sinistra), almeno 7-10 secondi prima che il soggetto acquisisca coscienza della propria volontà.

Alla luce di queste evenienze resta da chiedersi che valore dare alla responsabilità penale, tanto che alcuni studiosi hanno proposto l'abbandono della concezione retributiva della pena, sostituendola con l'instaurazione di misure di sicurezza per colui che non può più essere definito colpevole o

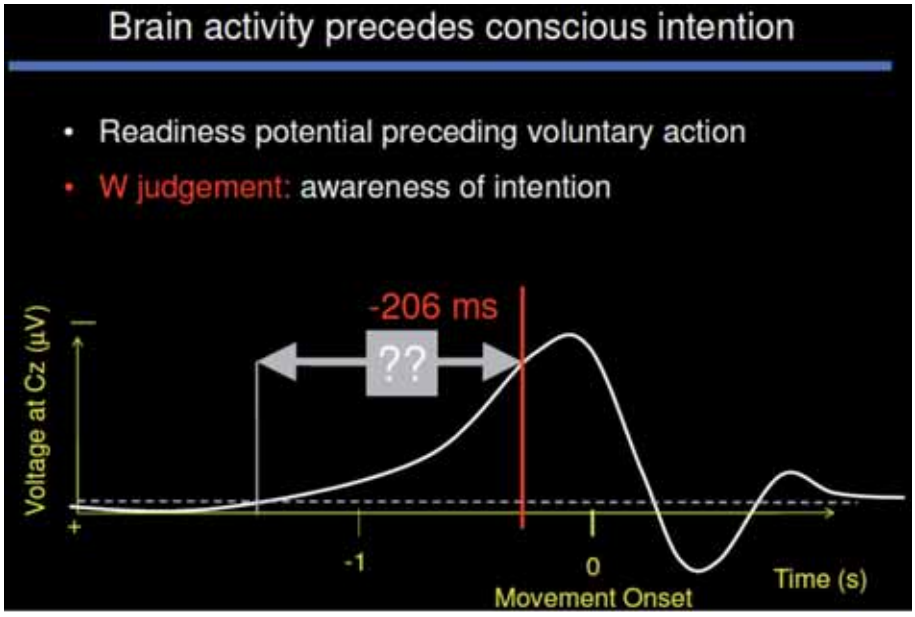


Figura 3 - *Libet et al, 1983.*

reo ma forse solo individuo socialmente pericoloso.

Andrea Lavazza, tra i maggiori studiosi italiani di Neuroetica e coautore del libro appena pubblicato *"Il delitto del cervello"* (Codice Editore) dice: "ci avviano a un bivio carico di conseguenze: identificare la mente con il cervello, come fa la maggioranza dei neuroscienziati, mette in discussione i confini tra magistrati e consulenti scientifici. Un domani potremmo avere sentenze date in totale appalto alla scienza".

Ad oggi però anche uno studioso di Diritto come Stanley Morse, che ha studiato a lungo questi problemi, ritiene che pochissime disfunzioni cerebrali azzerino totalmente il pensiero razionale, necessario per il codice penale per attribuire la responsabilità di eventi delittuosi al colpevole.

NEUROECONOMIA

L'economia classica e il senso comune assumono che il denaro serve alle persone per acquistare beni che desiderano o di cui necessitano.

Ma questa opinione è stata confutata da uno studio pioneristico di neuroeconomia dell'ormai lontano anno 2000 di Knutson che attraverso metodiche di nueroimaging, mostrava come il *denaro* fosse un *rinforzo diretto* del circuito del *reward* (ricompensa).

Questo fatto ha importanti implicazioni per l'economia perchè se è vero che la ricompensa costituita dal denaro in quanto tale provoca la scarica dei neuroni dopaminergici, allora ricompense in denaro sempre più grandi diventeranno qualcosa di desiderabile, anche se poi, in realtà, il denaro non servirà a comprare consumo capace di produrre piacere.

L'economia classica si basa su un modello prescrittivo di razionalità astratta descritto nel 1944 da John von Neumann e Oskar Morgestein, secondo il quale gli individui agiscono in maniera perfettamente logica, e sono guidati unicamente dallo scopo di massimizzare i profitti e minimizzare le perdite.

Come hanno dimostrato gli ormai classici studi di Kahneman e Tversky, in realtà il giudizio umano diverge in modo sistematico (e quindi prevedibile) dalle leggi delle probabilità assunte dall'economia dei manuali ed è invece fortemente influenzato dalla modalità di presentazione del problema decisionale, tanto da arrivare a compiere scelte differenti, addirittura opposte e speculari a seconda del *frame* in cui la decisione è collocata, infatti le perdite sono percepite con un'intensità maggiore rispetto ai guadagni della stessa entità.

Un esempio paradigmatico di questo comportamento lontano dalle logiche della razionalità classica ci viene dal fenomeno del cosiddetto *Altruistic punishment*. Molte persone sono disposte infatti ad incorrere in una perdita economica personale pur di punire una violazione di una norma sociale. Tale punizione altruistica rappresenta una forza decisiva nell'evoluzione della cooperazione umana. Non solo, ma la punizione di un violatore della norma sociale provoca una gratificazione immediata con l'attivazione di una zona implicata nel circuito del *reward* come lo striato dorsale (Figura 4).

Studi recenti dimostrano una associazione positiva tra impulsività e *altruistic punishment* suggerendo che tale comportamento pro-sociale rifletta più l'assenza che la presenza di auto-controllo e derivi dall'impulso di prediligere un'immediata ricompensa (attivazione dello striato dorsale) piuttosto che una ricompensa dilazionata.

La Neuroeconomia unisce le questioni che riguardano i fondamenti neuronali dei comportamenti microeconomici e le questioni che riguardano il contesto sociale ed istituzionale nel quale questi comportamenti si combinano a livello macroeconomico.

Il collegamento di questi due livelli è sulla base del cambiamento di natura evoluzionistica delle nostre capacità cognitive e dei nostri processi emozionali in funzione degli ambienti che dovrebbero assicurare la nostra sopravvivenza e massimizzare il nostro benessere.

In questo contesto concetti antichissimi e altamente conservati nella scala evoluzionistica come il senso di colpa, la vergogna, l'empatia, il sentimento di appartenenza, il desiderio di piacere e di acquistare prestigio assumono un significato regolatore.

CONCLUSIONI

Questa rassegna non può essere esaustiva di tutti gli aspetti delle neuroscienze contemporanee.

Uno dei filoni più interessanti di ricerca qui non analizzato è sicuramente quello della Neuroestetica intesa come lo studio delle basi neurobiologiche della creazione e della fruizione dell'opera d'arte, che rappresenta un modello sperimentale ideale per studiare il fenomeno percettivo di smontaggio, elaborazione e riconfigurazione dei dati fenomenici che si chiama realtà.

Altri sviluppi interessanti sono quelli del

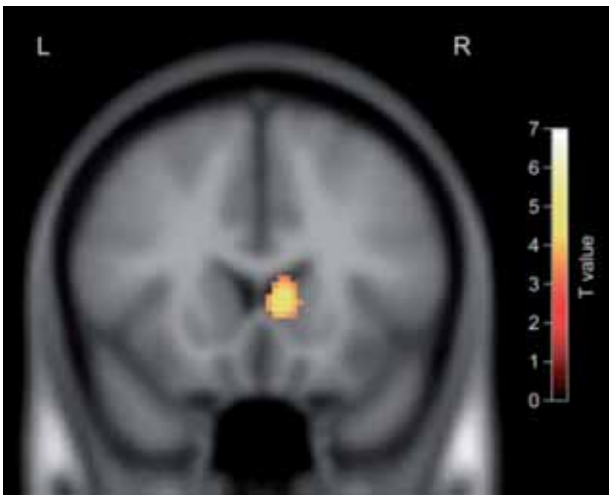


Figura 4

Neuromarketing (strettamente connesso con gli studi di Neuroeconomia), della Neuropolitica (che cerca di spiegare le decisioni politico-ideologiche di individui e gruppi) e della Neuroteologia che ci mostra come ci sia una motivazione neurologica e evoluzionistica alla base delle esperienze spirituali o religiose e come il nostro cervello sia evoluzionisticamente nato per credere.

Oggi spesso giornali e televisioni raffigurano le neuroscienze come lo strumento che ci darà le risposte definitive a quesiti rimasti tutt'ora irrisolti dopo millenni di speculazioni di natura filosofica. Questo è sicuramente il miglior modo per fare un cattivo servizio alle neuroscienze banalizzando in modo sensazionalistico i risultati della ricerca scientifica.

La confluenza multidisciplinare che abbiamo descritto in questo articolo sta portando ad un'occasione irripetibile nella storia del pensiero: l'opportunità di superare la dicotomia tra scienze naturali e scienze umane. Questo è stato reso possibile, a partire dalla seconda metà del XX secolo, dallo sviluppo delle scienza cognitive (psicologia cognitiva, psicologia evoluzionistica, intelligenza artificiale, linguistica, antropologia) e dal più recente affacciarsi delle neuroscienze, insieme ai progressi di genetica e biologia.

In realtà oggi il significato delle *"neuroscienze cognitive"* va ricercato nel loro fortissimo interesse antropologico; nell'intento, cioè, di porre l'uomo e le sue problematiche relazionali ed evoluzionistiche al centro di un dibattito a più voci dove vengono meno gli steccati epistemologici delle vecchie culture. **TM**

Le Gravi Cerebrolesioni Acquisite in Valdarno

Un anno di attività

Daniela Corsi, spec. in Neuropsichiatria Infantile a FI. Prof. a contratto c/o l'Univ. di SI. Già Resp. della Sez. di Recupero e Rieducaz. Funz. le del Valdarno. Già Dir. Sanit. del Centro di Riabilitaz. Terranuova Bni. Dal 2005 Resp. Medico del Centro di Riabilitaz. Terranuova Bni. Dal 2012 Resp. Clinico del Centro di Riabilitazione Terranuova.

Il Centro Riabilitazione Terranuova Bracciolini spa, CRT spa è centro di riferimento per riabilitazione in soggetti con Gravi Cerebrolesioni Acquisite per l'area Vasta SUD EST.

I pazienti sono trasferiti dai Reparti per Acuti, Rianimazioni o Neurochirurgie

I criteri di trasferibilità dai Reparti Intensivi alla Riabilitazione nel reparto CRT spa sono quelli adottati dalle società scientifiche sulla base delle indicazioni nazionali e delle Conferenze di Consenso. Si tratta di: soggetti in stabilità clinica, senza necessità di monitoraggio continuo cardiopolmonare, in respiro autonomo da almeno 48 ore, non insufficienza acuta di organo o multiorgano, assenza di stato settico, assenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale, assenza di processo espansivo alla TC e assenza di fungo cerebrale nei pazienti trattati con decompressione, assenza di raccolte fluide liquorali evolutive sotto il lembo chirurgico che richiedano procedure chirurgiche. Non sono controindicazioni al trasferimento: la presenza di cannula tracheostomica, la nutrizione parenterale con catetere venoso centrale, o enterale tramite sondino nasogastrico o PEG, le crisi epilettiche ancora non completamente controllate con la terapia.

DANIELA CORSI, STEFANIA CANOVA, COSTANZA CIONI, GIANNA DEL CUCINA, EVA SARCONE, ALESSANDRA ZITO

CRT, Centro Riabilitazione Terranuova Spa, Ospedale Santa Maria della Gruccia Montevarchi (AR)

Nel corso del 2011 abbiamo ricoverato 102 pazienti: 60 maschi e 42 femmine di età compresa tra i 35 ed i 94 anni con una media di 65±3 anni.

La patologia di base è rappresentata in:

- 34 casi da emorragia;
- 22 da TCE;
- 16 da ESA;
- 17 da ischemia cerebrale;
- 6 casi sono stati di ematoma sotto durale;
- 4 di anossia cerebrale;
- 3 di altra patologia encefalica.

L'intervallo di tempo trascorso dall'evento acuto all'ingresso in reparto codice 75 CRT spa è in media di 30 giorni con estremi che vanno dai 10 giorni fino ai 150 giorni.

La durata media di degenza è stata di 67 giorni.

Al termine della degenza in reparto per GCLA:

- 38 pazienti proseguono il percorso in codice 56, riabilitazione ospedaliera, all'interno del CRT, e al termine della riabilitazione ospedaliera proseguono riabilitazione in regime extraospedaliero nello stesso Centro o sul territorio di residenza;
- 26 pazienti sono trasferiti in reparto per acuti: solitamente le neurochirurgie per complicanze neurologiche, tipo idrocefalo o per completamento, come il riposizionamento della teca; alcuni per complicanze internistiche in Rianimazione;
- 7 rientrano direttamente a casa con programma assistenziale e di riabilitazione estensiva territoriale
- 17 in Residenze Sanitarie Assistite.

Per quanto riguarda le funzioni vitali dei 102 pazienti all'ingresso:

- 79 respirano tramite tracheotomia in aria arricchita o meno con ossigeno
- 27 si alimentavano con nutrizione enterale NET tramite gastrotomia percutanea (PEG)
- 63 con nutrizione enterale tramite Sondino Naso gastrico (SNG);
- 102 erano incontinenti per feci ed urine, per cui 102 indossavano il Catetere Vescicale (CV).

Per quanto riguarda gli aspetti internistici tutti presentavano necessità di monitoraggio, di accessi venosi, di esami strumentali e terapie farmacologiche endovena 102 soggetti avevano un accesso venoso; di questi:

- 8 portavano la PICC (Catetere centrale inserito in periferica);
- 27 il CVC (Catetere venoso centrale).

Alla dimissione:

- 55 pazienti portano ancora la tracheotomia;
- 35 hanno la PEG;
- 19 il SNG;
- 45 soggetti si alimentano per os.;
- 81 persone portano ancora il CV;
- 0 persone hanno accessi venosi centrali.

Tabella riassuntiva:

PRESIDI	MODIFICHE
TRACHEOSTOMIA	24 RIMOSSE
PEG	16 POSIZIONATE
SNG	44 RIMOSSI
CV	21 RIMOSSI
CVC	27 RIMOSSI

L'aspetto assistenziale è stato misurato utilizzando anche scale di valutazione, la FIM (*Functional Indipendence Measure*) e la DRS (*Disability Rating Scale*). Abbiamo valutato la media dei valori di tutti i pazienti all'ingresso e alla dimissione, trovando una modificazione importante corrispondente ad una riduzione del carico assistenziale: infatti la FIM indica l'autonomia nelle varie aree motorio-sfinteriche e cognitive con un punteggio crescente dalla completa dipendenza alla totale indipendenza e la DRS esprime l'aspetto relazionale di vigilanza e consapevolezza e l'abilità cognitiva per le attività della cura di sé con punteggi maggiori corrispondenti a maggior carico assistenziale.

Per quanto concerne le abilità residue senso motorie:

- 78 pazienti all'ingresso non stanno seduti per assenza di controllo del tronco e/o del capo;
- 18 stanno già seduti in posturale;
- 6 presentano un iniziale controllo del tronco per cui riescono a mantenere la stazione seduta bordo letto con assistenza e/o aiuto di una persona;
- 0 sta in piedi;
- 0 cammina.

Alla dimissione:

- 45 vanno seduti in posturale più ore durante il giorno con stabilità emodinamica, non presente all'ingresso in reparto;
- 47 controllano il tronco da seduti e presentano una stazione seduta attiva;
- 32 dei 47 sono arrivati ad un cammino con ausilio.

	Ingresso	Dimissione
Non seduti	78	0
Seduti in posturale	18	45
Seduti attivi	6	47
Cammino	0	32

Per quanto concerne il livello di vigilanza, consapevolezza, le capacità relazionali con l'ambiente e la residua disabilità motoria e cognitiva i soggetti sono stati valutati all'ingresso, in dimissione e durante il ricovero con scale di misurazione internazionali e validate.

È indispensabile in riabilitazione poter disporre di strumenti e procedure specifiche per la misurazione multidimensionale dello stato di salute, rilevando dati su funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione dell'individuo al fine di documentare e monitorare l'efficacia degli interventi riabilitativi/fisioterapici, impostare protocolli di ricerca, identificare indici prognostici.

La *Glasgow Outcome Scale* (GOS), che misura il livello del coma ed è soprattutto utile nella fase iniziale per predire la morte o la disabilità all'inizio del percorso riabilitativo. È la scala ancor oggi più usata, sebbene insufficiente per una valutazione dello stato vegetativo e della minima coscienza vista l'omissione di funzioni neurologiche rilevanti.

La *Level of Cognitive Functioning* (LCF) che valuta il livello cognitivo-comportamentale che accompagna le varie tappe di uscita dal coma e la *Coma Recovery Scale-Revised* (CRS-R) che ha

lo scopo di supportare una diagnosi differenziale tra stato vegetativo e stato di minima coscienza, in modo da migliorare la valutazione prognostica e la pianificazione del trattamento.

Andando a prendere in considerazione i risultati ottenuti, all'ingresso 48 pazienti avevano un punteggio inferiore a 9 corrispondente e uno stato vegetativo e 54 rientravano per punteggio nella categoria dello stato di minima coscienza. Alla dimissione, sono in stato vegetativo 24 soggetti, che sono coloro che hanno una GOS corrispondente a 4, mentre i rimanenti 78 raggiungono valori superiori a 9, classificabili come minima coscienza. Ma la CRS-R non permette di distinguere tra stato di minima coscienza e stato di piena vigilanza.

CRS-R	INGRESSO	DIMISSIONE
0-9	48	24
10-23	54	78

Il punteggio della scala GOS va da 4 che corrisponde ad uno stato vegetativo a 2 che esprime una condizione di Disabilità moderata, un soggetto che, pur presentando diversi gradi di deficit motorio o cognitivo/comportamentale, è, comunque, indipendente nella vita quotidiana. Il punteggio intermedio è 3 che esprime uno stato di disabilità grave, un paziente, che pur essendo cosciente, a causa delle sue disabilità necessita di assistenza di una terza persona.

All'ingresso:
- 40 pazienti in stato vegetativo;
- 62 con disabilità grave.

Alla dimissione:
- 24 permangono in stato vegetativo;
- 74 presentano una disabilità grave;
- 4 pazienti con disabilità moderata;

Riguardo all'LCF abbiamo raggruppato i pazienti in più gruppi: i soggetti con LCF 1-2 che hanno una reazione incostante o assente nei confronti di stimoli esterni; i gruppi successivi presentano, invece, una risposta nei confronti degli stimoli esterni sempre più adeguata e costante con comparsa di attenzione, iniziativa, capacità di apprendimento e sempre maggiore capacità di accudire a se stesso fino al punteggio massimo che è di LCF8.

All'ingresso:
- 38 soggetti sono in LCF 1-2;
- 25 sono LCF 3;
- 10 in LCF 4 che ha la connotazione dell'aggressività, della confusione e confabulazione;
- 29 pazienti sono in LCF 5-6;

Alla dimissione solo 24 pazienti sono in LCF 1-2 corrispondenti ad uno stato vegetativo GOS 4, CRS-R 0-9.

Gli altri pazienti hanno una capacità di reagire agli stimoli esterni in maniera specifica e sempre più costante.

Conclusioni

Presentiamo la casistica dei risultati ottenuti in un anno di attività su pazienti con postumi di GCA per i quali abbiamo avuto la necessità di quantificare i risultati con scale standardizzate e con l'osservazione longitudinale dei soggetti. Non è stato possibile valutare tutti gli aspetti e la casistica non è uniforme: né per etiologia né per la compresenza di comorbilità. Le analisi qualitative possono essere ottenute solo grazie all'osservazione clinica che rappresenti il cardine per la formulazione della prognosi e del progetto riabilitativo difficile da standardizzare in casi così complessi.

Tale studio nasce dalla necessità di potersi confrontare anche con altre realtà.

Bibliografia

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

TM

CONVENZIONI STIPULATE CON L'ORDINE DEI MEDICI DI FIRENZE PER I PROPRI ISCRITTI

ATTIVITÀ FISICA, SPORT E BENESSERE

L'**Istituto DUCHENNE** di Firenze propone sia percorsi di attività fisica e motoria individuali e personalizzati, sia corsi di gruppo che vanno **dalla ginnastica di mantenimento**, **alla ginnastica medica**, **a quella per anziani o pre-sportiva**. **Ai medici** verrà riconosciuto uno sconto del 20% sui prezzi di listino. Sede in Via Corelli 27 a Firenze (zona Novoli) e può essere contattato al n. 055.4360774 - sito web www.duchenne.it.

L'**ASD JIGORO KANO Firenze** organizza **corsi di Judo** rivolti a bambini in età prescolare (propedeutica), delle scuole elementari, ai ragazzi under 16 e agli adulti. Ai medici iscritti all'Ordine di Firenze verrà riconosciuto uno sconto del 20% sui prezzi di listino. Sede in Via Corelli 27 (zona Novoli) tel 055.4360774 sito web www.jigorokanofirenze.it.

"Il Parrucchiere" di Emanuele Martini, in via Vittorio Emanuele al Giardino dell'Orticoltura, riserva agli iscritti all'Ordine che presentano il tesserino, uno sconto del 20% su tutti i servizi, compresi quelli del centro estetico. Dal martedì al sabato orario continuato 09.00-18.00 su appuntamento Tel 055.486479.

SERVIZI BANCARI

La **Banca Cassa di Risparmio di San Miniato** propone agli iscritti all'Ordine dei Medici di Firenze condizioni di favore per la tenuta del conto corrente bancario. Per usufruire delle agevolazioni, rivolgersi alle agenzie della Banca (elenco disponibile sul sito: www.carismi.it) e chiedere le condizioni riservate agli iscritti all'Ordine dei Medici di Firenze.

Mauro Mancuso, specialista in Neurologia e in Medicina Fisica Riabilitativa, Resp. della Riabilitazione Neurologica della USL 9 GR, membro del Direttivo della Società Italiana di Riabilitazione Neurologica, Coordinatore delle Sezione Reg. le Toscana e della Sezione Speciale di Neuropsicologia della SIRN, Docente a contratto di Riabilitazione Neurologica presso l'Università degli Studi di Siena.

Nuove tecnologie in riabilitazione

Uso della tele riabilitazione per il trattamento dei disturbi cognitivi

MAURO MANCUSO*, GIULIA ROSSI*, MAURA PACINI*, DONATELLA CAPITANI**, MARCO TAGLIAFERRI***

** Riabilitazione Neurologica-USL 9 Grosseto*
*** Estav Sud-Est-ICT-Grosseto*
**** Rete Integrata dei Servizi Riabilitativi e Assistenza Protesica-Regione Toscana*

Introduzione

Il trauma cranio-encefalico è un evento frequente che, nonostante la diminuzione dei decessi, ha registrato un considerevole incremento delle sequele disabilitanti. Dati epidemiologici italiani rilevano che nelle regioni industrializzate come l'Emilia Romagna l'incidenza è di circa 250 nuovi casi ogni 100.000 abitanti mentre non abbiamo ancora dati epidemiologici sufficientemente attendibili per dimensionare correttamente la prevalenza del fenomeno.

La maggior parte delle persone colpite da questa patologia sono giovani in età produttiva e, sia i lunghissimi periodi di riabilitazione che la mancata produttività conseguente all'interruzione dell'attività lavorativa, comportano una considerevole spesa sociale.

Tra le disabilità conseguenti quella cognitiva e comportamentale determina un impedimento alla possibilità di reinserimento familiare, sociale e lavorativo e vanifica spesso gli effetti degli interventi riabilitativi.

Il recente utilizzo di nuove tecnologie informatiche ha dato vita ad una serie di applicazioni di telemedicina che ha trovato impiego anche in ambito riabilitativo. In alcuni lavori scientifici viene messo in evidenza come la teleriabilitazione sia indubbiamente vantaggiosa rispetto alla metodica convenzionale perché consente di fornire prestazioni specializzate anche nei territori più svantaggiati, come mostra l'esperienza condotta in Scozia dallo "Scottish Centre for Telehealth" su pazienti con patologie neurologiche che avevano necessità di trattamento per lungo tempo, anche se ci sono ancora molte incertezze sulle evidenze di efficacia.

Nell'ambito della riabilitazione neurologica della USL 9 di Grosseto ci siamo chiesti se il grado di efficacia della teleriabilitazione sia almeno equivalente al trattamento convenzionale, pertanto abbiamo verificato se la proposizione via web di trattamenti riabilitativi specifici per la funzione attenzionale potesse essere equivalente alla somministrazione degli stessi esercizi con metodologia convenzionale nell'ambito di uno studio di non inferiorità.

A tal fine abbiamo arruolato 14 pazienti con deficit della funzione attenzionale conseguente a trauma cranico in fase di esiti, domiciliati, che rispondevano ai criteri di inclusione riportati nella Tabella 1 e li abbiamo valutati con scale di menomazione, di disabilità e per la qualità della vita. Tutte le valutazioni sono state effettuate all'inizio dello studio, dopo i primi quindici giorni di trattamento convenzionale, dopo 15 giorni di trattamento via web ed infine dopo ulteriori 15 giorni di trattamento convenzionale (Figura 1). La durata e gli esercizi proposti sono stati uguali per entrambe le modalità di trattamento.

Risultati

La valutazione dei test di attenzione, mettono in evidenza un generico miglioramento della performance durante tutta la fase del trattamento ma, durante la fase di trattamento via web, i risultati ottenuti dai pazienti sono migliori rispetto alla fase di trattamento convenzionale con valori che in alcune prove sono statisticamente significativi. Le valutazioni effettuate consentono di rilevare anche un incremento statisticamente significativo della memoria (Tabella 2).

Discussione

Tutti i pazienti che abbiamo trattato hanno presentato un'ottima compliance al trattamento riabilitativo tranne due casi con gravi disturbi del comportamento. Nonostante l'esiguità del campione, i dati che abbiamo ottenuto sono indubbiamente inco-

Tabella 1 - *Criteri di inclusione.*

Età tra 18 e 65 aa
Anamnesi positiva per Grave Cerebrolesione Acquisita post traumatica
Disturbi dell'attenzione
No deficit di comprensione, di neglect o di demenza
No abuso di alcol o droga
Almeno 24 mesi dall'evento patologico

Figura 1 - *disegno dello studio.*

Tabella 2

	T_0		T_1			T_2			T_3		
	mean	**st.dev**	**mean**	**st.dev**	**pT_0-T_1**	**mean**	**st.dev**	**pT_1-T_2**	**mean**	**st.dev**	**pT_2-T_3**
Matrici Att.li - grezzo	41.4	11.0	44.1	10.9	n.s.	49.7	8.8	**0.013**	47.0	11.0	n.s.
Matrici Att.li - corretto	28.8	13.0	31.9	13.7	n.s.	40.1	10.3	**0.028**	38.9	13.7	n.s.
Trail Making Test – B	145.3	55.9	116.9	40.3	**0.022**	96.0	67.8	n.s.	97.5	43.5	n.s.
Trail Making Test B-A	71.5	40.6	53.6	31.9	n.s.	36.3	21.8	**0.023**	46.4	23.9	n.s.
Rivermead Profile	52.2	8.3	53.3	6.6	n.s.	57.8	6.3	**0.003**	56.5	7.2	n.s.
Rivermead Screening	6.0	2.8	6.0	2.2	n.s.	7.9	2.0	**0.005**	7.2	2.7	n.s.

Tab. 5: test neuropsicologici significativi

raggianti, osservando un miglioramento significativo anche delle funzioni non direttamente stimolate, come la memoria, mettendo in evidenza un chiaro meccanismo di generalizzazione del recupero.

Questo risultato ci sembra di grande rilievo, perché non soltanto ci consente di ipotizzare che il trattamento via web non è meno efficace del trattamento convenzionale, ma anche perché ci dimostra come il paziente riesce a sfruttare al meglio il recupero specifico della funzione, finalizzandolo ad un miglioramento globale più efficace, in linea con l'approccio ICF. Inoltre la possibilità di frazionare il trattamento in base alle reali capacità attenzionali dei pazienti ci ha consentito di aumentare la compliance, modalità sostanzialmente inapplicabile con la metodologia convenzionale.

Durante la nostra esperienza abbiamo avuto modo anche di mettere in evidenza alcune criticità, come la necessità di individuare meglio i criteri di appropriatezza. Infatti abbiamo osservato che i disturbi comportamentali possono essere una controindicazione al trattamento via web, forse perché questi pazienti hanno necessità di maggiori *feed-back* ambientali per la gestione della relazione. In effetti il metodo via web potrebbe limitare lo sviluppo della relazione terapeutica dato che la comunicazione è mediata da un sistema informatico e quindi, verosimilmente, privata della componente non verbale della comunicazione. D'altro canto, però, alcuni autori hanno pubblicato una *review* nella quale hanno evidenziato che la somministrazione via web sembra essere ininfluente sulla possibilità di sviluppare una relazione terapeutica efficace. Inoltre gli autori di un altro studio hanno osservato che la teleriabilitazione produce un alto grado di soddisfazione per il paziente migliorandone l'outcome, quindi, data anche la positività della nostra esperienza, riteniamo che questi effetti siano assolutamente ininfluenti sulla efficacia della metodica, salvo appunto in pochi casi di gravissima compromissione del comportamento.

Abbiamo anche osservato che la condizione minima essenziale per proporre il trattamento via web è che il paziente o almeno un elemento della famiglia abbia le conoscenze informatiche di base per poter accedere alla gestione di un computer. La mancata possibilità di addestrare il paziente o almeno un elemento della famiglia rende sostanzialmente improponibile la teleriabilitazione.

In conclusione, ci sembra che il trattamento via web in fase di esiti, non sia meno efficace del trattamento convenzionale e che oltre ad offrire caratteristiche di duttilità per una maggiore personalizzazione dei trattamenti riabilitativi, in alcuni casi, possa essere proposto come valido strumento per il superamento delle barriere ambientali e architettoniche. Quello che invece percepiamo come criticità sono la mancanza di indicazioni chiare per l'applicazione in appropriatezza e l'assenza di riconoscimento della prestazione tra i servizi offerti al cittadino. **TM**

Claudio De Felice è pediatra neonatologo presso la Terapia Intensiva Neonatale, di Siena. Postdoctoral Fellow in Endocrinologia Pediatrica e Metabolismo, Tokyo. Autore di 120 articoli su riviste scientifiche internazionali, 100 relazioni a congressi internazionali e 60 nazionali. Esperienza in neonati ad alto rischio e perinatologia. Recente interesse per sindrome di Rett e autismo infantile.

Stress ossidativo e sindrome di Rett

CLAUDIO DE FELICE[1], CINZIA SIGNORINI[2], SILVIA LEONCINI[2,3], ALESSANDRA PECORELLI[2], GIUSEPPE VALACCHI[4,5], LUCIA CICCOLI[2], JOUSSEF HAYEK[3]

[1] *U.O.C. di Terapia Intensiva Neonatale, Policlinico Le Scotte, AOU Senese, Siena*
[2] *Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Salute Pubblica, Università di Siena*
[3] *U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile, Policlinico Le Scotte, AOU Senese, Siena*
[4] *Dipartimento di Biologia Evolutiva, Università di Ferrara*
[5] *Department of Food and Nutrition, Kyung Hee University, Seoul, South Korea*

La frequenza dell'autismo infantile è aumentata del 600% nelle ultime 3 decadi. La sindrome di Rett rappresenta un modello biologico unico fra i disordini dello spettro autistico che ha attratto da tempo l'attenzione dei ricercatori.

La malattia viene descritta per la prima volta in Austria nel 1966 dal Dott. Andreas Rett, ma è stata riconosciuta come entità nosologica solo dal 1983. La condizione colpisce quasi esclusivamente il sesso femminile dove, per quanto rara, rappresenta la seconda causa di ritardo mentale grave.

La malattia è riproducibile su modelli murini nei quali, nel 2007, ne è stata dimostrata la potenziale reversibilità. Finora non esiste una cura in grado di arrestare o recuperare la regressione neurologica.

La forma classica della malattia è causata nel 95% dei casi dalla mutazione di un singolo gene sul braccio lungo del cromosoma X, il MeCP2 (*methyl-CpG binding protein 2*) e si presenta generalmente entro il 1° anno di vita con una regressione neurologica dopo uno sviluppo apparentemente normale.

La mutazione in geni differenti dal MeCp2 (CDKL5 e FOXG1) causa 2 delle 3 varianti atipiche della malattia (vedi Tabella 1). Lo spettro fenotipico Rett mostra una ampia variabilità.

Complessivamente, la metà delle pazienti della forma classica (progressione in 4 stadi successivi) non riesce a camminare, la quasi totalità non parla né riesce ad utilizzare le mani in modo finalizzato.

Tabella 1 – *Frequenza percentuale dei sintomi e segni clinici nello spettro della sindrome di Rett (casistica della Neuropsichiatria Infantile , Azienda Ospedaliera, Siena).*

Fenotipo Clinico	Forma Classica	Variante "a Linguaggio conservato"	Variante con convulsioni precoci	Variante congenita
Gene mutato	**MeCp2**	**MeCP2**	**CDKL5**	**FOXG1**
Frequenza	**1:10 000 Femmine**	**sconosciuta**	**ca. 90 casi noti**	**ca. 15 casi noti**
N° casi esaminati	**175**	**13**	**13**	**4**
Regressione neurologica	100	100	100	100
Difetto crescita somatica	45.1	0	38.4	25
Microcefalia	94,3	50	15,4	75
Assente Deambulazione	54,9	7,7	69,2	75
Perdita uso finalizzato delle mani	84,6	46,2	76,9	75
Scoliosi	46,8	30,8	0	25
Assente Linguaggio verbale	97,2	0	92,3	100
Disfunzione respiratoria	62,8	30,8	23,1	50
Stereotipie	98,3	15,4	30,8	25
Convulsioni	51,4	30,8	100	50
Anomalie EEG	90,3	53,8	100	100

Le stereotipie delle mani sono una caratteristica praticamente costante della malattia in forma classica, mentre possono mancare nelle forme atipiche.

Stress ossidativo e sindrome di Rett

Il fatto che il nostro organismo utilizzi l'ossigeno molecolare come accettore terminale per la produzione di energia ha sicuramente modellato la nostra storia evolutiva e la nostra fisiologia, così come le nostre malattie.

La generazione di specie reattive dell'ossigeno (ROS) è regolata dalla produzione endogena (es. mitocondri), dall'attività delle difese antiossidanti e dall'azione di *noxae* ambientali. In condizioni normali esiste un equilibrio dinamico fra produzione e "smaltimento" dei ROS che mantiene la normale omeostasi *redox* cellulare.

Entro il *range* fisiologico i ROS servono nella normale funzione cellulare, mentre una loro superproduzione porta allo stress ossidativo che contribuisce al processo di invecchiamento e allo sviluppo di numerose patologie. Lo stress ossidativo però è tutt'altro che semplice da misurare e i marker finora proposti e utilizzati non hanno né lo stesso significato biologico né la stessa validità scientifica.

Il nostro gruppo si è concentrato sulla misurazione su campioni di sangue degli isoprostani (IsoP; complessa famiglia di prodotti d'ossidazione di acidi grassi polinsaturi), ferro non legato a proteine, redox-attivo (NPBI) e addotti proteici del 4-idrossi-nonenale (4-HNE-PA).

I nostri risultati (Tabella 2) ottenuti nell'arco di tre anni indicano sorprendentemente che lo stress ossidativo è una presenza costante nei vari stadi clinici della forma classica e che la severità clinica del fenotipo Rett è strettamente correlata alla sua entità.

Attualmente stiamo approfondendo i meccanismi che conducono dalla mutazione alla patologia, anche su modelli animali e sistemi cellulari in coltura. Il nostro percorso di ricerca ci ha finora condotto ad un concreto miglioramento della qualità di vita delle pazienti, specie nella fase precoce della malattia, grazie alla supplementazione di acidi grassi poliinsaturi omega 3 a dosi elevate.

L'analisi accurata dei meccanismi che generano lo stress ossidativo in questa rara malattia può quindi permettere di illuminare molti aspetti finora sconosciuti di condizioni patologiche più comuni quali le malattie neurodegenerative dell'adulto che, almeno in parte, ne condividono i meccanismi patogenetici.

Bibliografia

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

TM

Tabella 2 – *Marker di Stress Ossidativo nella Rett classica e nelle varianti atipiche*

		Isoprostani plasmatici			NPBI		Addotti 4-HNE con proteine plasmatiche	Principali caratteristiche fenotipiche
		F_2-IsoP	F_4-NeuroP	F_2-Diomo-IsoP	Plasmatico	Intraeritrocitario		
Rett classica								
Stadi clinici	I	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑	«	Regressione neurologica a 6-18 mesi d'età
	II	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑	Tratti autistici
	III	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	Stadio "pseudostazionario"
	IV	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	Stadio della "sedia a rotelle"
Rett atipiche								
Variante con convulsioni precoci		↑↑↑	↑	N.D.	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	Esordio precoce delle convulsioni
Variante "a linguaggio conservato"		«	↑↑	N.D.	↑	«	↑↑↑	Regressione tardiva; presenza del linguaggio verbale; comportamento autistico, Q.I. fino a 50
Variante congenita		↑	N.D.	N.D.	↑	↑↑	«	Regressione precoce, grave ritardo psicomotorio, frequente e grave microcefalia, specifiche anomalie del movimento

Legenda: « invariato; lieve aumento (1.0 < Z-Score ≤1.5 or 1.0 < MoMs ≤1.5); moderato aumento (1.6≤ Z-Score ≤3 or 1.6≤ MoMs <3); marcato aumento (>3 Z-Score or >3 MoMs); N.D.: Non determinato.

Francesca Mori. Dirigente medico presso la SOD di Allergologia della AOU "A.Meyer" di Firenze. Si occupa prevalentemente di allergie alimentari complesse e allergie a farmaci nel bambino, argomenti per i quali è autrice di numerose pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali.

FPIES: l'importanza di una diagnosi tempestiva

FRANCESCA MORI, SARA TUCCI, NERI PUCCI, SIMONA CONTESTABILE, LAURA DI GRANDE, STEFANO PANTANO, M.ELISABETTA ROSSI, ELIO NOVEMBRE

Centro di allergologia AOU Meyer, Firenze

La FPIES (Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome) è una sindrome da ipersensibilità verso alimenti non IgE-mediata, potenzialmente severa, caratterizzata da vomito e/o diarrea ripetuti con risposta infiammatoria sistemica e progressione verso disidratazione e shock nel 15-20% dei casi.

Potenzialmente ogni alimento proteico può essere responsabile; tra i più frequenti il latte vaccino, il riso e la soia. Data la potenziale severità del decorso clinico occorre pensarci in caso di quadri acuti gastroenterici e shock. Dopo aver escluso la sepsi, patologie metaboliche o anormalità anatomiche la diagnosi di FPIES si basa su criteri clinici ed eventualmente sulla positività del challenge orale con l'alimento in causa.

MANIFESTAZIONI CLINICHE

Il quadro clinico varia da lieve (emesi e/o diarrea) a severo e potenzialmente mortale. I sintomi iniziano dal primo mese di vita nei bambini alimentati con formule a base di latte vaccino o soia. L'insorgenza dei sintomi può essere tardiva (fino a 9 mesi) quando l'introduzione delle proteine del latte o della soia è ritardata, ad esempio nei bambini allattati al seno, o al momento dell'introduzione di cibi solidi nella dieta di un bambino. In un recente studio australiano, in cui sono stati valutati 35 pazienti, il vomito, a distanza di 1-3 ore dall'ingestione dell'alimento, è risultato essere il sintomo più frequente (100%), seguito da letargia (85%), pallore (67%) e diarrea a distanza di 5-8 ore (24%). Una temperatura di 36°C al momento della presentazione è stata registrata nel 24% degli episodi, specie nei casi più gravi, probabilmente legata ad una perdita del volume circolante. Un rapido recupero di verifica in poche ore, anche se nei casi inizialmente riportati fino al 15-20% dei bambini ha presentato shock ipovolemico con necessità di infusione di fluidi.

La latenza tra l'assunzione dell'alimento e la comparsa dei sintomi portano spesso ad errore diagnostico. Le patologie più frequentemente poste in diagnosi differenziale sono sepsi, malattie metaboliche, anafilassi o emergenze chirurgiche addominali (ileo). L'errata diagnosi comporta spesso un ritardo nella gestione del paziente che viene così sottoposto a numerose indagini ematochimiche e strumentali. In casi sporadici si è intervenuto chirurgicamente per sospetta invaginazione intestinale.

La diagnosi FPIES si basa essenzialmente su una anamnesi accurata. Il *challenge orale* è considerato una procedura ad alto rischio perché circa il 50% dei *challenge* presentano reazioni che necessitano di interventi per via endovenosa (corticosteroidi, reidratazione). Non esistono esami di laboratorio specifici.

Criteri diagnostici di FPIES (Sicherer e collaboratori):

- ripetuta esposizione all'alimento incriminato che causa vomito incoercibile e/o diarrea entro 24 ore;
- sintomi limitati al tratto gastrointestinale;
- la rimozione della proteina scatenante dalla dieta porta a risoluzione dei sintomi e/o un challenge con l'alimento provoca vomito e/o diarrea entro 24 ore dalla somministrazione dell'alimento.

Per indagare l'eventuale acquisizione della tolleranza, il challenge orale con alimento viene eseguito a distanza di 12-18 mesi dall'ultima manifestazione di FPIES.

(In uno studio recente il 50% dei pazienti con FPIES con latte ha superato la patologia all'età di 12 mesi, il 75% a 18 mesi, l'89% a 24 mesi e il 94% a 30 mesi).

L'esordio di FPIES può avvenire da 1 a 4 settimane dopo l'inizio dell'inserimento dell'alimento. Anche i cibi solidi possono essere responsabili, tra questi più comunemente sono stati riportati: riso, avena, orzo, pollo, tacchino, piselli verdi, patate

dolci, lenticchie e arachidi. Qualunque alimento proteico può indurre FPIES. Tra i pazienti con reazioni a cibi solidi, il 65% avevano precedentemente presentato episodi di FPIES da latte, soia o entrambi e pertanto erano stati alimentati con idrolisati spinti o formule di aminoacidi; il 35% era stato allattato al seno. L'età media di insorgenza verso cibi solidi è solitamente maggiore rispetto a quella verso latte e soia, a causa della loro introduzione più tardiva.

Presso il Centro di allergologia del Meyer stiamo seguendo 28 pazienti affetti da FPIES, afferiti negli ultimi 7 anni; un'altra ampia casistica, raccolta presso l'ospedale di Sidney negli ultimi 16 anni è composta da 35 pazienti; da essa risulta che l'alimento più comunemente causa di FPIES è il riso, seguito da soia e latte vaccino con un'età media di presentazione di 5,3 mesi. Il sintomo più comune è il vomito presente nel 100% dei casi, seguito da letargia, pallore e diarrea nella maggior parte dei casi i pazienti avevano sintomi causati da un singolo alimento, con risoluzione della sintomatologia nei 3 anni successivi.

La Tabella 1 mostra i dati riassuntivi della nostra casistica composta da 28 bambini, in prevalenza di sesso maschile 68%. L'alimento più frequentemente causa di FPIES è risultato essere il latte vaccino seguito da riso e uovo con un'età media di insorgenza di 4,3 mesi. Il sintomo più frequente è risultato il vomito. Altra differenza con la casistica australiana è la maggior prevalenza di casi con sintomatologia da alimenti multipli (60%). La maggior parte dei pazienti ha reintrodotto con successo a distanza di un anno dall'ultima reazione l'alimento o gli alimenti causanti la FPIES o ha in programma di reintrodurlo a breve.

TM

Sesso	Femmine 32% / Maschi 68%
Insorgenza sintomatologia (media)	4,3 mesi
Latenza sintomi da ingestione alimento	2-3 ore
Sintomatologia	Vomito 100%, Diarrea 60%, pallore, letargia, ipotonia e ipotensione 44%
Alimenti	Latte vaccino 82% Riso 25% Uovo 14% Sogliola 14% Grano 11% Mela 7% Mais 7%, Patata 7% Nasello 4% Latte di asina 4% Banana, Kiwi, Arachidi, Zucchina, Zucca, Carota 4% Pollo, tacchino 4%
Percentuale poli/mono-sensibilizzati	54% / 64%

Tabella 1

EDIZIONI TASSINARI
FIRENZE
STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO
Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati
L'EDITORE DI TOSCANA MEDICA OFFRE PREZZI OTTIMI PER I MEDICI
Inviate le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo.
Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita.
Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789
www.edizionitassinari.it - pre.stampa@edizionitassinari.it

Francesco Niccolai, Laurea in Medicina e Chirurgia nel 2011, abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di Pisa sessione 2-2011. Medico Specializzando presso l'U.O. Ortopedia e Traumatologia I dell'Università di Pisa diretta dal Prof. Michele Lisanti.

Evoluzione nella protesica dell'anca

Gli steli corti a presa metafisaria

FRANCESCO NICCOLAI*, NICOLA PIOLANTI*

** Medico specializzando presso l'U.O. Ortopedia e Traumatologia I dell'Università di Pisa*

L'introduzione nel 1960 della *Low friction arthroplasty* da parte di Sir John Charnley ha rivoluzionato la qualità della vita del paziente anziano affetto da coxartrosi. Da allora grazie alla continua ricerca clinica e bioingegneristica ed all'introduzione di nuovi materiali, numerose sono state le evoluzioni e le innovazioni della protesica dell'anca. Le indicazioni per questo tipo di intervento, in passato riservato al paziente anziano, si sono estese negli anni e, al giorno d'oggi, la sostituzione protesica con protesi non cementata viene comunemente riconosciuta come procedura standard per i pazienti giovani affetti da coxartrosi.

LA PROTESI D'ANCA: COMPONENTI

La coppa acetabolare: viene fissata al bacino mediante viti, cemento, avvitamento o meccanismo ad incastro (press fit). Può essere filettata, porosa o rivestita di idrossiapatite per aumentare l'ancoraggio biologico.

La componente femorale: è formata da una testa di forma sferica che è la parte più prossimale, che si rapporta con la parte interna della coppa acetabolare per formare l'articolazione protesica; il collo è la porzione che unisce la testina al corpo dello stelo.

Quest'ultimo si inserisce nel femore prossimale e viene fissato tramite cemento o meccanicamente ed in questo caso solitamente è rivestito da materiali particolari che ne permettono l'osteointegrazione.

Esistono vari design di stelo: nel paziente giovane i chirurghi ortopedici hanno cercato di trovare opzioni che fossero più conservative possibile soprattutto per quanto riguarda il risparmio d'osso. Questo può risultare fondamentale per la stabilità dell'impianto, per la biomeccanica articolare e per la eventuale futura revisione della protesi (Figura 1).

MATERIALI E METODI

Presso l'U.O. Ortopedia e Traumatologia I dell'Università degli studi di Pisa, diretta dal Professor Michele Lisanti, dal marzo 2008 all'agosto 2010 sono stati eseguiti 348 interventi di protesi totale d'anca.

Questo studio si occuperà in particolare dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico con impianto dello stelo Metha® (B-Braun Aesculap©), stelo a risparmio di collo.

I criteri di inclusione di questo studio sono:

- assenza di evidenti deformità del collo e del femore prossimale;
- buona qualità ossea;
- body Mass Index < 34.9 (obesità lieve);
- età < 65 anni.

Sul totale degli steli corti impiantati, lo stelo Metha® è stato utilizzato nel 90,7% (39) dei casi (età media 52,07 anni, min 32 max 65), in 20 femmine (51,28%, età media di 50,35 anni) e 19 maschi (48,72%, età media di 53,89 anni).

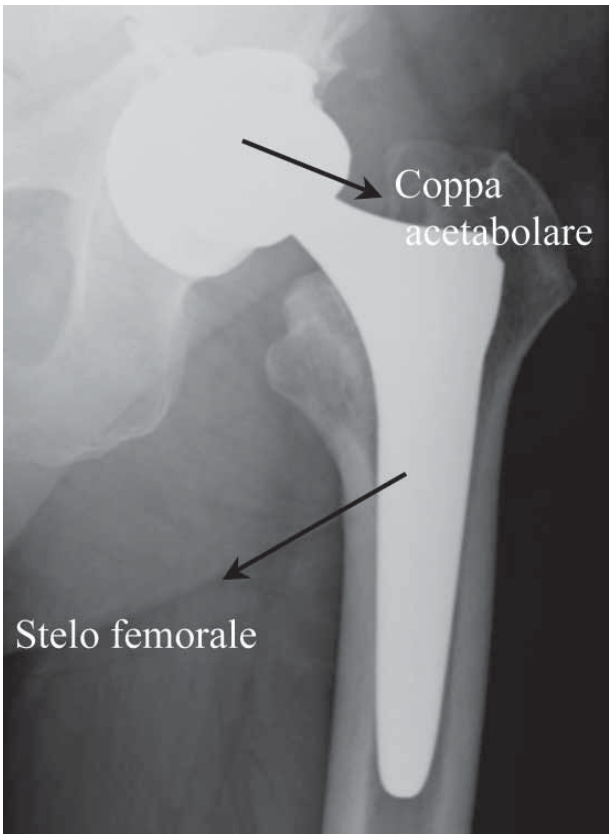


Figura 1 - *Componenti di una protesi d'anca.*

Lo stelo Metha®

Lo stelo Metha® è uno stelo a fissazione non cementata ed a presa metafisaria, con un design che permette di caricare in modo più fisiologico il femore riducendo lo stress shielding prossimale, ossia il riassorbimento osseo periprotesico. La stabilità primaria è garantita dal corretto posizionamento e dalla forma dello stelo. La stabilità secondaria è assicurata dall'osteointegrazione osso-protesi, facilitata dal rivestimento in polvere di titanio sulla quale è addizionato uno strato di circa 20 µm di calcio fosfato applicato elettrochimicamente alla superficie mediante un processo di plasma-spray (Figura 2).

È stata effettuata con una valutazione preoperatoria sia clinica che radiografica dell'anca, anche con l'ausilio di alcune schede di punteggio quali Harris Hip Score (HHS) e WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index). L'intervento chirurgico è stato eseguito sempre dallo stesso chirurgo e la via di accesso è sempre stata postero-latelare.

Figura 2 - *Lo stelo Metha®.*

Follow-up

I pazienti sono stati valutati al follow-up mediante esame clinico (HHS e WOMAC) e radiografico. Le visite di controllo sono state condotte ad 1, 3, 6, 12 mesi ed in seguito annualmente (Figura 3).

RISULTATI

Dalla raccolta dei dati dalle cartelle cliniche e dei follow-up abbiamo ottenuto i seguenti risultati:

- il follow up medio dei pazienti è di 28 mesi (Min 14, Max 54);
- nella maggior parte dei casi sono stati ottenuti risultati ottimi con scarsa o assente sintomatologia: HHS medio superiore a 95/100 e un WOMAC medio superiore a 90/100;
- radiograficamente non sono state evidenziate alterazioni come mobilizzazione dello stelo o strie di radiolucenza;
- la dismetria degli arti misurata nel post operatorio è risultata sempre inferiore a 1 centimetro;
- come complicanze dobbiamo registrare un caso di ossificazione eterotopica, un caso di revisione dovuto alla componente cotiloidea dell'impianto e due casi di dolore gluteo.

CONCLUSIONI

La nostra esperienza con questo tipo di stelo ha dato risultati in linea con la letteratura nazionale ed internazionale. Le protesi cosiddette corte, sia a risparmio di collo che a presa metafisaria, stanno prendendo sempre più campo ed i modelli resi disponibili dalle industrie si stanno moltiplicando.

La protesi Metha® è una sintesi delle più recenti acquisizioni nel campo dell'ingegneria biomedica e della tribologia (scienza che studia le articolazioni), ma l'evoluzione tecnologica e scientifica in questo campo non si è arrestata e continua a produrre nuovi rivestimenti e design protesici.

A nostro avviso, l'utilizzo di questi impianti va riservato a chirurghi esperti che sappiano selezionare correttamente i pazienti, che siano in grado di eseguire un corretto planning e sappiano prevenire e trattare le eventuali complicanze. Sebbene non ci siano ancora in letteratura follow-up a lungo termine, secondo alcuni autori le protesi corte potrebbero diventare la soluzione standard nella sostituzione totale d'anca in un numero sempre crescente di pazienti.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: frniccolai@me.com

TM

Figura 3 - *Caso clinico, paziente operata stelo Metha®.*

Elena Silvestri, laureata nel 2006 c/o l'Univ. di FI. Spec. in Allergologia ed Immunologia Clinica nel 2011; dallo stesso anno dottoranda in Sc. Cliniche con un progetto sulle manifestazioni cardiovascolari e trombotiche nei pazienti con malattie autoimmuni. Svolge attività assistenziale c/o la SOD Patol. Medica (Prof. D. Prisco) dell'AOUC e collabora con la Lupus Clinic ed il Behçet Center di FI.

Studio ProFi'10 Lupus Clinic Firenze

Dati epidemiologici relativi al Lupus Eritematoso Sistemico nella Provincia di Firenze

ELENA SILVESTRI[1], ENRICO BECCASTRINI[1,2], GIACOMO EMMI[1], TOMMASO BARNINI[3], DANILO SQUATRITO[1,2], MARIO MILCO D'ELIOS[1], DOMENICO PRISCO[1,2], LORENZO EMMI[1,2]

[1] *SOD Patologia Medica, AOU Careggi*
[2] *Centro di Riferimento Regionale Malattie Autoimmuni Sistemiche Regione Toscana, AOU Careggi*
[3] *Medico in formazione specifica in Medicina Generale Regione Toscana*

Il Lupus Eritematoso Sistemico (LES) è una malattia infiammatoria cronica a patogenesi autoimmune, caratterizzata da manifestazioni cliniche e di laboratorio complesse e variabili. Oggi si tende sempre più spesso a parlare di "fenotipi di LES": sembra esistere infatti una vera e propria differenza di malattia in termini di sintomi, andamento e prognosi tra pazienti con LES appartenenti ad etnie, genere ed età diverse alla cui base concorrono vari fattori. Una "suscettibilità" genetica è necessaria, ma sicuramente non sufficiente; vi è bisogno infatti di un secondo *trigger* biologico, ormonale e/o ambientale affinché la disregolazione del sistema immunitario si estrinsechi nella malattia. Accanto a questi aspetti sembrano essere estremamente importanti nel condizionare il decorso della malattia e la sua prognosi anche altri fattori rappresentati dalla condizione socio-economica, dalla possibilità di avvalersi di un'assistenza sanitaria dedicata e di strumenti diagnostici e terapeutici all'avanguardia.

Il LES si riscontra più frequentemente nella popolazione nera rispetto a quella caucasica; nella popolazione afro-caraibica la malattia esordisce in età giovanile, solitamente in modo aggressivo e l'interessamento renale è quasi sempre presente, mentre nella popolazione caucasica il Lupus esordisce solitamente in maniera più subdola, con sintomi molto spesso aspecifici (astenia, febbricola, artralgie) e successivamente l'impegno cutaneo, articolare ed ematologico sono le manifestazioni più frequenti. Tra le due etnie ritroviamo una minore mortalità negli europei rispetto alla razza africana ed asiatica; tale mortalità è legata soprattutto alle infezioni ed alla "riattivazione di malattia" anche se, dagli ultimi studi, soprattutto nella popolazione caucasica, sembrerebbero avere sempre più rilievo gli eventi cardiovascolari. Esisterebbe anche una differenza nel "fenotipo di malattia" tra maschio e femmina e nelle diverse fasce di età. Il LES è una tipica malattia del "giovane adulto" con una prima manifestazione che si aggira fra i 15 e i 47 anni ed in linea generale la malattia si presenta in epoca più giovanile nei pazienti afro-caraibici rispetto a quelli caucasici. Colpisce prevalentemente le donne in età fertile, con un rapporto F/M di 10:1, anche se il sesso maschile sembra sviluppare più facilmente le comorbilità e gli eventi trombotici; nei soggetti più giovani si ritrova una malattia più aggressiva, con le sue manifestazioni più tipiche, come il rash malare, la fotosensibilità, le artriti e l'interessamento renale.

Il nostro studio ha voluto identificare e caratterizzare i principali dati epidemiologici relativi al LES nella Provincia di Firenze nel 2010 (Pro-Fi'10) mediante la somministrazione di un questionario ai medici di medicina generale (MMG), valutando successivamente con un secondo questionario, il rapporto esistente tra pazienti con LES, medici di medicina generale e centri specialistici. Lo studio è stato condotto tra gennaio 2011 e maggio 2011;

Dati epidemiologici sul LES Pro-Fi '10 per 100.000 abitanti

Periodo dello studio	2010
Modalità raccolta dati	MMG
Sede dello studio	Provincia di Firenze
Popolazione obiettivo	970.414
Campione	110.788
Numero di LES	83
Incidenza	5.4 (CI 95% 1-9)
Prevalenza	75 (CI 95% 54-86)

la nostra popolazione obiettivo è stata quella della provincia di Firenze (970.414 abitanti), mentre la "popolazione campione" era composta dagli assistiti dei medici di medicina generale presenti in questo territorio. I medici di medicina generale sono stati contattati tramite la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) Sezione Provincia di Firenze attraverso un link dedicato (http://www.lestoscana.org/lesunit.html). Dal nostro studio è risultata un'incidenza di LES di 5.4/100.000 abitanti nell'anno 2010 e una prevalenza di 75/100.000 abitanti. Strettamente collegato alla prevalenza vi è il dato sulla durata di malattia: il 57.8% dei pazienti con LES ha una malattia diagnosticata da più di dieci anni. L'84% degli 83 pazienti con malattia è risultato di sesso femminile, con un rapporto F/M di 8-9:1, mentre quasi il 59% dei pazienti con diagnosi di LES aveva un'età compresa tra i 18 e i 55 anni. E' stato inoltre valutato il fenotipo di malattia sviluppato: l'interessamento articolare è risultato quello più frequente (63.8% dei pazienti), mentre percentuali più basse sono risultate per l'impegno ematologico e renale (rispettivamente 27.7% e 21.6% dei pazienti) e per quello polmonare e cardiaco (10.8% dei pazienti). Soltanto il 3.6% dei pazienti presentava manifestazioni a livello del sistema nervoso centrale. E' stato inoltre chiesto ai medici di medicina generale di indicare il tipo di terapia effettuata dai loro assistiti con LES. Il 24.1% dei pazienti è risultato in terapia con corticosteroidi, mentre l'associazione di questi ultimi con immunosoppressori tradizionali o antimalarici era presente nel 62.2%. Solo il 4.8% dei pazienti utilizzava farmaci biologici; tale dato è supportato dall'evidenza che queste strategie nel LES non trovano ad oggi ancora un ampio utilizzo, a differenza di quanto si è verificato ad esempio nell'Artrite Reumatoide.

Abbiamo poi inviato a 33 medici di medicina generale partecipanti allo studio, scelti in modo casuale, un secondo questionario che valutasse la fattibilità del primo; successivamente siamo andati ad indagare il ruolo che i centri specialistici hanno nella gestione dei pazienti con LES e quanto i medici di medicina generale ritengano utile la collaborazione con questi centri. Dei 33 medici di medicina generale contattati il 90% ha dichiarato di non aver avuto alcuna difficoltà nel compilare il questionario; ciò potrebbe essere stato anche facilitato dal fatto che la maggior parte dei medici di medicina generale utilizza oggi mezzi informatici di archiviazione dati che rende più semplice la possibilità di avere a disposizione notizie cliniche aggiornate sui propri assistiti. Il 54% dei pazienti con LES del nostro studio è risultato seguito da un centro specialistico di riferimento ed il 12% da uno specialista, a conferma di come il LES sia una malattia complessa, nella cui gestione lo specialista ha un ruolo fondamentale soprattutto nella scelta della terapia, nella prevenzione e nel trattamento delle complicanze, e come la collaborazione con il medico di medicina generale, che deve affrontare e saper gestire i problemi che quotidianamente un paziente con LES può presentare, risulti fondamentale. Tale dato è confortato dal nostro studio in cui emerge come il 94% dei medici di medicina generale mostri l'esigenza di una stretta collaborazione con un centro specialistico.

Lo studio ProFi'10 rappresenta ad oggi lo studio italiano con la casistica più ampia ed il primo che valuti l'incidenza e prevalenza sul territorio attraverso un metodo di studio semplice ed attendibile. I dati di incidenza e prevalenza sono risultati sovrapponibili a quelli già noti a livello locale ed a quelli provenienti da alcuni paesi europei e dagli USA, mentre si conferma un fenotipo di malattia di tipo "caucasico". In conclusione, una migliore conoscenza del LES da parte dei medici di medicina generale potrebbe sicuramente portare ad una ottimizzazione nella gestione di questi pazienti e soltanto una collaborazione tra medico specialista e medico di medicina generale in termini di diagnosi precoce, prevenzione e gestione delle comorbilità, delle complicanze e della terapia, potrà andare ad incidere significativamente sulla prognosi e quindi sulla mortalità dei pazienti affetti da LES. **TM**

Caratteristiche dei pazienti con LES Pro-Fi '10

Rapporto f/m	8-9:1
Etnia	caucasica 94% afroamericana 5.8% asiatica 1.2%
Durata malattia >10 anni	57.8%
Età tra i 18-55 anni	59%
Fenotipo di malattia	articolazioni 63.8% cute 55.4% ematologico 27.7% reni 21.6% cuore 10.8% polmoni 10.8% sistema nervoso centrale 3.6%
Terapia	corticosteroidi 24.1% immunosoppressori/antimalarici +/- corticosteroidi 62.6% biologico +/- immunosoppressori +/- corticosteroidi 4.8% nessuna terapia 8.5%

** Si desiderano ringraziare per il lavoro svolto e la collaborazione (senza la quale questo studio non sarebbe stato condotto) la FIMMG Firenze, in particolare nella persona del suo Presidente e del Segretario Provinciale e tutti i colleghi che hanno aderito a questa iniziativa.*

Si invitano inoltre i colleghi che volessero avere contatti diretti con la Lupus Clinic di Firenze ad inviare il proprio recapito email all'indirizzo lorenzoemmi@yahoo.it oppure l.emmi@dmi.unifi.it o telefonando al numero 055 7947134 (lunedì, martedì e mercoledì dalle ore 8:30 alle ore 9:30).

Giulia Poggesi, laurea I° livello in Ostetricia, tesi di laurea: "La raccolta del sangue placentare e tempi di clampaggio del funicolo: implicazioni per la pratica. Master I° Livello in Diagnostica clinica, strumentale e di laboratorio a supporto delle decisioni dell'ostetrica" tesi di master: "Empowerment delle donne e empowerment delle ostetriche: proposte verso obiettivi comuni", tirocinio in Ecografia Office presso il Dip, Materno infantile Centro Unico Diagnosi Prenatale Osp. Piero Palagi Firenze.

Gli studi di coorte di nuovi nati in Toscana

Una opportunità per la ricerca

GIULIA POGGESI[1], VERONICA MONTELATICI[1], TIZIANA NANNELLI[2], PAOLO GACCI[3], ALFIO FRIZZI[3], FRANCA RUSCONI[1]

[1] *Unità di Epidemiologia, AOU Meyer, Firenze*
[2] *Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi degli Studi di Firenze*
[3] *S.C. di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Bagno a Ripoli*

La ricerca epidemiologica ha mostrato come l'origine delle malattie vada ricercata partendo dalle prime epoche della vita, il più vicino possibile all'epoca del concepimento, e con un approccio multidisciplinare che consideri contemporaneamente le predisposizioni genetiche, le esposizioni ambientali e il contesto socioculturale. Negli ultimi anni sono perciò iniziati in Europa alcuni studi di coorte di nuovi nati, che seguono nel tempo una coorte di bambini dalla nascita, raccogliendo informazioni già a partire dalla gravidanza.

La regione Toscana partecipa a due studi di coorte di nuovi nati sviluppati in Italia, il progetto NINFEA (Nascita e Infanzia, gli Effetti dell'Ambiente) e il Progetto Piccolipiù.

Ambedue i progetti hanno lo scopo di indagare i fattori di rischio e i fattori protettivi per problemi e malattie comuni nell'infanzia come le malattie respiratorie, aller-

Tabella 1 - *Alcuni fattori di rischio e protettivi indagati negli studi di coorte a partire dalla gravidanza e nei primi anni di vita.*

	GRAVIDANZA	PRIMO ANNO	FOLLOW-UP
FATTORI DI RISCHIO/PROTETTIVI			
stato socioeconomico/istruzione	X	X	X
assunzione di acido folico	X		
patologie materne	X		
uso di farmaci	X	X	X
consumo di alcol	X		
nutrizione materna	X		
esposizioni occupazionali	X		
esposizioni ambientali			
fumo passivo	X	X	X
muffe/umidità	X	X	X
traffico-inquinamento	X	X	X
rumore	X	X	X
animali domestici	X	X	X
agenti chimici	X	X	X
emotività materna/depressione postpartum	X	X	X
ricorso ai servizi sanitari	X	X	X
prematurità	X		
peso, lunghezza	X	X	X
allattamento al seno		X	
attività ludiche (gioco, libri televisione)		X	X
uso del seggiolino per trasporto in auto		X	X
dieta del bambino, compreso svezzamento		X	X
frequenza nido		X	X
vaccinazioni		X	X

giche, l'obesità, lo sviluppo neurocognitivo, ma anche il sonno, gli incidenti, l'accesso alle cure (vedi ad esempio i fattori riportati in Tabella 1); la disponibilità di dati raccolti in modo uniforme e simili a quelli disponibili in altri paesi europei con cui già esistono progetti collaborativi (ad esempio il progetto CHICOS, Developing a Child Cohort Research Strategy for Europe) permetterà di indagare anche fattori di rischio e malattie più rare, e che si sviluppano nel tempo, quali ad esempio i tumori infantili.

Il progetto NINFEA (www.progettoninfea.it) è iniziato nel 2005 ed è coordinato a livello nazionale dall'Unità di Epidemiologia dell'Università e dell'AOU San Giovanni Battista di Torino; in Toscana il progetto è coordinato dalla Unità di Epidemiologia dell' AOU Meyer e dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze e vi aderiscono la ASF di Firenze, e le USL di Lucca, Arezzo e Versilia. Le ostetriche, in particolare al momento della consegna del libretto di gravidanza e durante i corsi di preparazione alla nascita, spiegano alle donne l'importanza di aderire al progetto e le modalità di adesione. Le donne si collegano al sito del progetto via web e compilano a partire dalla gravidanza e poi al 6° e 18° mese e al 4° anno di vita del bambino questionari molto dettagliati con informazioni sulla salute della donna, del bambino e su alcune caratteristiche della famiglia, dell'ambiente di vita familiare e di lavoro. I bambini arruolati finora nel progetto sono più di 5000 a livello nazionale e 751 in Toscana. In Tabella 2 riportiamo alcune caratteristiche delle donne toscane che hanno aderito finora al progetto: questi dati saranno poi studiati in relazione a dati di salute nel bambino.

Il progetto Piccolipiù (www.piccolipiu.it) è condotto dal Consorzio Nazionale "Piccolipiù" costituito dalla Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, coordinatrice del progetto, dall'Università degli Studi di Torino, dall'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, dall'AOU Meyer di Firenze, dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio e dall'Istituto Superiore di Sanità CNESPS ed è finanziato dal Ministero della Salute. Il progetto consiste nell'arruolamento di 500 bambini presso ciascuno di 6 punti nascita; i due punti nascita in Regione Toscana sono l' Ospedale Santa Maria Annunziata di Bagno a Ripoli (Firenze), dove il progetto è iniziato nel mese di ottobre 2011 e l'Ospedale della Versilia dove inizierà entro il 2012.

La prima fase del progetto consiste nell'arruolamento delle mamme in occasione degli incontri informativi per le coppie e durante i controlli della gravidanza a termine. Ai futuri genitori viene innanzitutto descritto il progetto, e alle coppie che aderiscono viene chiesto di firmare un consenso informato. Ai genitori, in particolare alle mamme, viene proposta la compilazione di un questionario sulla salute prima della gravidanza, sulla storia ostetrica, sugli stili di vita e sull'andamento della gravidanza, sull'esposizione a fattori di rischio (alcune informazioni sulla salute e sulle abitudini di vita vengono raccolte anche per i padri dei bambini).

Tabella 2 - *Alcune caratteristiche delle 751 mamme che in Toscana hanno finora aderito al progetto NINFEA (maggio 2012).*

Caratteristiche	n (%)
Nazionalità	
Italiana	720 (96)
Straniera	31 (4)
Titolo di studio	
Licenza elementare/media inferiore	68 (9)
Licenza media superiore	310 (43)
Laurea	353 (48)
Dove è stata seguita la gravidanza	
Consultorio ostetrico	148 (23)
Ambulatorio ospedaliero	64 (10)
Ginecologo privato	501 (78)
Stato nutrizionale a inizio gravidanza	
Sottopeso	39 (6)
Normopeso	501 (71)
Sovrappeso	120 (17)
Obese	40 (6)
Fumo in gravidanza	79 (11)
Assunzione di alcool in gravidanza	
Durante il I° trimestre	227 (31)
Durante il III° trimestre	29 (6)

Al momento del parto, in concomitanza dei prelievi di routine, viene prelevato un campione di sangue sia alla mamma che dal cordone ombelicale, in un momento successivo alla nascita del bambino e quindi alla recisione del funicolo; inoltre, dopo 48 ore dalla nascita, in occasione dello screening routinario neonatale per la ricerca di malattie metaboliche, vengono raccolte su carta bibula alcune gocce di sangue dal tallone del neonato. I campioni biologici vengono conservati per breve tempo presso il Centro nascita e in seguito spediti al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma, dove si è costituita una banca biologica al fine di future analisi di tipo genetico e dosaggi biochimici.

È importante sottolineare che il prelievo di sangue dal cordone ombelicale non interferisce in alcun modo con la scelta di donazione/conservazione del cordone per finalità terapeutiche.

In ospedale, dopo il parto, viene concluso il questionario attraverso un' intervista, e viene consegnato ai genitori un "Diario del bambino" dove potranno annotare mensilmente le tappe fonda-

mentali di sviluppo e apprendere in maniera semplice e chiara alcune nozioni importanti e basilari per la cura del bambino nel primo anno di vita. I dati richiesti nel Diario, ad esempio sulla crescita, sull'alimentazione e sul sonno del bambino, aiuteranno i genitori a rispondere alle domande dei questionari che finora sono stati sviluppati per il 6° e 12° mese di vita. Ai genitori viene anche consegnata una comunicazione scritta per il pediatra di famiglia, nella quale sono illustrati gli obiettivi e le modalità dello studio.

Negli anni futuri, periodicamente, i genitori verranno contattati dagli intervistatori facenti parte dello Studio, per rispondere di nuovo ad alcune domande sullo stato di salute del bambino, sull'esposizione a possibili fattori di rischio, e per controllare lo sviluppo e la crescita anche nei periodi successivi al primo anno di vita.

Le coppie, e in particolare le mamme, hanno dimostrato un notevole interesse e una forte sensibilità verso questo progetto di ricerca. Su 645 donne informate del progetto, 590 hanno dato la loro adesione e 431 coppie mamma/bambino sono già attivamente incluse nel progetto. Anche la S.C. di Ostetricia dell'Ospedale Santa Annunziata (ASL 10, Firenze) ha aderito con entusiasmo al progetto, che si concluderà a fine 2012, con l'obiettivo di contribuire al progresso scientifico nella comprensione e nella analisi di fattori di rischio e protettivi migliorando le capacità di prevenzione, di diagnosi e terapia a partire dalla gravidanza proseguendo poi nella età infantile.

Bibliografia

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

TM

Paola Del Chiaro, specializzata in Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica presso l'Università degli studi di Pisa. Dirigente Medico c/o USL 3 Pistoia ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia dove si interessa principalmente di partoanalgesia e Terapia del Dolore.

Analgesia epidurale in travaglio di parto

18 anni di attività presso l'ospedale "SS. Cosma e Damiano" di Pescia (Pt)

PAOLA DEL CHIARO

Dirigente Medico c/o USL 3 Pistoia, Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia

La maggior parte delle donne affrontano il dolore in travaglio di parto in modo sereno; per altre, invece, il dolore può rappresentare un vero e proprio "ostacolo", destabilizzando la donna fisicamente ed emotivamente. Talvolta la partoanalgesia può diventare addirittura necessaria, come nel caso di determinate patologie fisiche o psichiche della gestante. Nel nostro ospedale sono ormai quasi 18 anni che offriamo alle donne, gratuitamente, questa opportunità garantendo un servizio di partoanalgesia 24 ore su 24.

Nel presidio ospedaliero di Pescia è attivo da anni un servizio per informare le pazienti sulla partoanalgesia. Tutte le gravide che desiderano partorire presso la struttura partecipano ad un percorso che comprende, anche un incontro dedicato con l'anestesista durante il quale vengono fornite informazioni chiare e dettagliate sull'analgesia durante il travaglio di parto, il tutto corredato dalla visione di slide che illustrano chiaramente la metodica attraverso informazioni e immagini. Abbiamo deciso di analizzare i nostri dati per verificare l'outcome ostetrico e neonatale della partoanalgesia e le sue eventuali complicanze, prendendo in esame un campione di 115 donne afferenti al nostro reparto di ostetricia e ginecologia, che hanno richiesto l'analgesia peridurale e altrettante che non l'avevano effettuata. Tutte erano primipare, avevano avuto una gravidanza fisiologica, con inizio spontaneo del travaglio di parto senza rottura prematura delle membrane amniocoriali; avevano partecipato al corso preparto e a visita anestesiologica. Sono state escluse le donne con: gravidanza gemellare, patologia ostetrica materna, anomalie neonatali, anomalie o patologie uterine.

Tabella 1

	EPIDURALE (115)	NO EPIDURALE (115)
ETA' (aa)	30.48 ± 5.76	29.86 ± 4.69
APGAR 1'	8.55 ± 0.93	8.65 ± 1
APGAR 5'	9.57 ± 0.59	9.49 ± 0.82
PERDITE EMATICHE (ml)	240.86 ± 236.12	232.61 ± 235.65
GIORNI DEGENZA	2.92 ± 0	2.87 ± 0.69
TAGLIO CESAREO (N e %)	10 (8.69%)	8 (6.89%)
USO DI OSSITOCINA(N e %)	4 (3.4%)	2 (1.7%)
PARTI OPERATIVI(N e %)	5 (4.3%)	3 (2.6%)

I risultati

Nel 2011 su un totale di 1146 parti il 33% delle donne hanno richiesto l'analgesia peridurale. Abbiamo analizzato i dati di un campione omogeneo di 115 donne che corrispondeva ai requisiti richiesti relativamente all'età delle partorienti, ai giorni di degenza in ospedale, all'Apgar del neonato ad 1 e 5 minuti, alle perdite ematiche e alla percentuale di taglio cesareo nelle pazienti con analgesia ed in quelle senza.

Le donne nei due gruppi sono risultate omogenee per età e per giorni di degenza in ospedale. Il valore di Apgar del neonato a 1 e 5 minuti non risulta sostanzialmente significativo. Nessuna differenza statistica importante è stata rilevata, sia per quanto riguarda la percentuale di taglio cesareo, che per l'uso di ossitocici, nonchè per i parti operativi. Non si sono verificate complicanze anestesiologiche né maggiori né minori.

Discussione

Il dolore del parto di per sé può assumere effetti negativi quando sia molto intenso, ma ancora oggi gli effetti della partoanalgesia sul travaglio e sul parto è tema dibattuto da ginecologi e anestesisti. In un primo tempo si credeva che ci fosse un aumento dei parti operativi, in realtà è stato ampiamente dimostrato che ciò non è vero ed oltretutto, i lavori presi in esame, riportando dati molto disomogenei- sia relativi alle partorienti prese in esame, sia in merito ai dosaggi di AL somministrati- risultavano poco significativi. Nella Cochrane review pubblicata nel 2005, venivano esaminati studi randomizzati controllati dal 1974 al 2003. L'evidenza di questa review dimostra che l'analgesia epidurale offre il miglior pain relief durante il travaglio, senza effetti dannosi fetali, senza aumento del numero dei tagli cesarei, e con un lieve aumento di parti operativi. In tutti questi studi, però, le dosi di AL per via epidurale erano consistenti, e questo in parte spiega l'incremento dei parti operativi; infatti solo successivamente sono stati effettuati studi per stabilire la minima concentrazione di AL da somministrare per via neuro assiale (MLAC). Ulteriori lavori hanno provato a far chiarezza sul ricorso al taglio cesareo durante analgesia peridurale, i risultati sono che l'incidenza di TC sembra correlata più a fattori materno-fetali e a patologie ostetriche che alla partoanalgesia. Anche la paura di complicanze neurologiche legate alla tecnica anestesiologica ha avuto all'inizio un'azione frenante sulla diffusione e sull'applicazione della tecnica; in realtà, i rischi risultano molto limitati e le complicanze gravi rarissime (in campo ostetrico vanno da 0 a 0,0006%).

Conclusioni

Il dolore del travaglio di parto è un dolore complesso che racchiude in sé varie componenti strettamente legate tra loro, infatti la componente dolore è associata sia ai cambiamenti fisici della donna che avvengono durante il travaglio sia alla componente emozionale. Negli ultimi anni sono stati fatti studi mirati alla realizzazione di tecniche e metodiche che rendessero maggiormente soddisfacente l'esperienza del travaglio e del parto, preservando il benessere materno e fetale. Anche nel nostro lavoro la partoanalgesia non ha dimostrato effetti negativi sull'outcome neonatale in termini di benessere in utero e alla nascita, né ha prodotto un aumento del numero dei tagli cesarei, che addirittura nel nostro ospedale si attesta ben al di sotto della media nazionale(16%). Abbiamo anche noi notato un lieve aumento della seconda fase del travaglio, fase in cui la donna deve riconoscere il premito fetale per poi coordinare la spinta del torchio addominale. Non è significativo il numero di partoanalgesie che poi sono andate incontro a taglio cesareo, come dimostrato anche dalle letteratura. Tutto ciò ci conferma come questa metodica risulti essere l'ottimo per la madre e per il feto rispondendo in pieno ai requisiti di efficacia, affidabilità, sicurezza, rispetto e soddisfazione.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: p.delchiaro@virgilio.it

TM

John Patrick D'Elios da tre anni lavora come Ricercatore di Storia della Medicina TD presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, occupandosi principalmente di Linguistica Medica, di Storia della Sanità e dei rapporti medici italo-ispanici, all'indomani delle prime Conferenze Sanitarie.

Filippo Pacini nel bicentenario della nascita (1812-1883)

La Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia mecenate delle iniziative in suo nome

JOHN PATRICK D'ELIOS

Ricercatore TD Storia della Medicina
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Firenze

In occasione del bicentenario della nascita di Filippo Pacini, numerose sono state le iniziative, generosamente sostenute dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia, per ricordare la sua memorabile attività scientifica: alla giornata di studio commemorativa, ha fatto seguito il Congresso su *Le malattie infettive 200 anni dopo la nascita di Filippo Pacini*. La Società Italiana di Anatomia e Istologia ha tenuto a Pistoia il suo 66° Congresso, con un simposio storico della Società Italiana di Storia della Medicina. È stata bandita una borsa di studio per un lavoro sul colera, è stata organizzata una mostra, è stato realizzato un video (Università di Firenze) e numerose altre iniziative collaterali, dedicate agli Studenti delle Scuole di ogni ordine e grado, tengono ancora accesi i riflettori su questa straordinaria figura di scienziato.

Filippo Pacini, nato a Pistoia il 25 maggio 1812 in una famiglia di umili origini, nel 1830 si iscrisse alla Scuola medica pistoiese, che a quel tempo vantava illustri maestri: Luigi Nerucci (Medicina clinica e pratica), Luigi Camici (Anatomia, Fisiologia, Medicina legale), Francesco Camici (Clinica chirurgica e Operazioni sul cadavere), Carlo Biagini (Istituzioni chirurgiche e Ostetricia), Luigi Cecchini (Chimica) che teneva, tra l'altro, anche un corso di Tossicologia sperimentale, insegnamento all'avanguardia per l'epoca.

Pacini condusse le prime ricerche a Pistoia nella Villa di Scornio, di proprietà di Niccolò Puccini, mecenate generoso, che mise a sua disposizione anche un microscopio, costruito da Giovan Battista Amici, Direttore dell'Osservatorio Astronomico "La Specola" di Firenze. Già nell'ottobre del 1835, appena ventitreenne e ancora studente presso la Scuola di Pistoia, Pacini presentò alla Società Medico Fisica fiorentina una memoria precisa e dettagliata in cui descriveva la scoperta dei corpuscoli dei nervi digitali responsabili della percezione della sensazione tattile e della pressione profonda.

Nel 1837, si trasferì a Pisa dove si laureò in Chirurgia il 6 giugno 1839 e in Medicina l'11 giugno 1840: nel periodo in cui lavorò a Pisa con Paolo Savi, sviluppò grande competenza anatomica, soprattutto per quanto concerne l'Anatomia comparata. A questa sua esperienza risalgono numerosi studi, in particolare di Anatomia microscopica, condotti sui cosiddetti "pesci elettrici", la torpedine e il gimnoto.

Fin dalle sue prime ricerche giovanili, Pacini si dedicò con interesse alla ricerca microscopica, rilevandone l'imprescindibile necessità nelle scienze mediche e naturali: convinto dell'importanza dello studio dell'Istologia, vi si dedicò costantemente, ma venne "perseguitato" dal mondo accademico italiano, in quanto questa scienza era in Italia pressoché sconosciuta o quantomeno osteggiata.

Nel 1847, pertanto, fu "costretto" ad abbandonare l'Università di Pisa e a trasferirsi a Firenze dove ricevette l'incarico di Pubblico Professore di Anatomia descrittiva al Liceo e di Anatomia pittorica all'Accademia delle Belle Arti di Firenze.

A Firenze, in seguito, Filippo Pacini venne incaricato dell'insegnamento in Santa Maria Nuova dell'Anatomia Sublime, che convertì in Anatomia topografica e istologica, e della direzione del Museo fisiologico; nel '67, l'Istologia venne, unita all'Anatomia topografica, dando inizio a quell'indirizzo particolare della Scuola anatomica fiorentina, che porterà all'istituzione di cattedre sepa-

rate di Istologia ed Embriologia e di Anatomia topografica accanto alla Descrittiva.

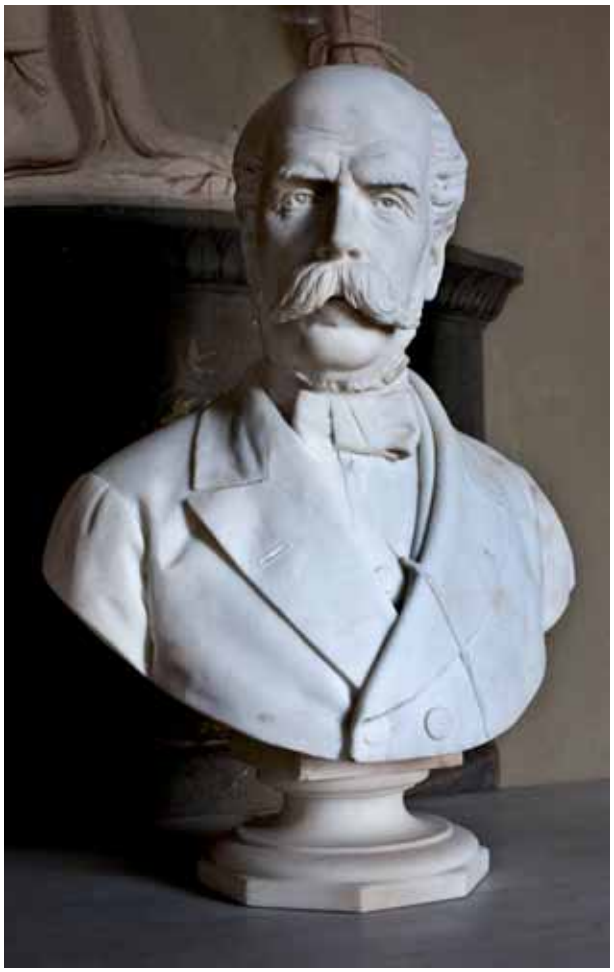
A partire dal '59, Pacini istituì, inoltre, un Museo di Anatomia Microscopica, che appena due anni dopo avrebbe ottenuto una medaglia durante l'Esposizione italiana tenutasi durante quell'anno a Firenze.

L'opera di Pacini, quindi, al di là del grande contributo scientifico apportato alle scienze mediche, fu essenziale anche per lo sviluppo della didattica dell'Anatomia a Firenze, in Toscana ed in Italia.

È lo stesso Pacini, infatti, a riconoscere, in prima persona, di aver lui stesso introdotto l'insegnamento dell'Istologia in Toscana:

Fin dall'anno 1844 ho introdotto in Toscana l'insegnamento dell'Istologia od Anatomia Microscopica del corpo umano profittando della occasione di essere stato incaricato dal Governo Granducale di fare il corso di Anatomia umana nella r. Università di Pisa, in supplenza del Professore titolare ammalato, durante l'anno accademico 1844-45.[1]

L'impostazione di Pacini, dunque, che prevedeva una forte differenziazione tra l'Anatomia chirurgica o delle regioni e l'Anatomia Descrittiva, che comprendeva sostanzialmente due parti, quella istologica, che riguardava il tessuto degli organi, e quella "organologica", che concerneva la "conformazione esteriore" degli organi stessi, aprì la strada all'insegnamento della medicina moderna ed alle sue conseguenze cliniche.



Nel 1854, durante la pandemia di colera scoppiata a Firenze, Pacini poté dimostrare la presenza, nella mucosa intestinale, di milioni di elementi che chiamò "vibrioni" a cui riferì la causa del contagio.

Forte di questa osservazione, sostenne, contro la teoria allora imperante dei 'miasmi', che il contagio era dovuto alla trasmissione interumana attraverso un microorganismo, precorrendo così uno dei concetti fondamentali della causa delle malattie infettive.

La scoperta di Filippo Pacini fu completamente ignorata dalla comunità scientifica e solo 30 anni dopo, nel 1884, Robert Koch, all'oscuro della scoperta di Pacini, descrisse nuovamente il vibrione del colera e fu acclamato in tutto il mondo come il suo primo scopritore, ma nel 1966 il Comitato Internazionale sulla Nomenclatura adottò ufficialmente la denominazione *Vibrio Cholerae Pacini 1854* per indicare l'agente responsabile della malattia.

Pacini, avendo notato e descritto lo stato di "morte apparente" dei colerosi, nel 1867, sviluppò anche un metodo per la respirazione artificiale, basato sulla mobilizzazione ritmica degli arti superiori nel paziente privo di coscienza, che consigliò per "resuscitare" le persone in asfissia o avvelenate da narcotici.

Innumerevoli sono i contributi scientifici di Pacini, dall'Anatomia alla Fisiologia e alla Medicina legale, ma, nonostante questi innegabili successi, fu molto spesso osteggiato, criticato, punito dalla comunità scientifica, tanto che si vide negato il Premio dell'Accademia dei Lincei.

Morì in solitudine, povero, avendo dovuto rinunciare anche a partecipare ai moti del Risorgimento per farsi carico delle sorelle.

Fu sepolto a Firenze e solo due anni dopo la sua morte Pistoia gli volle tributare un ricordo. Nel 1935, inoltre, per opera dell'Accademia Medica Pistoiese e della Società di Storia patria, le spoglie di Filippo Pacini furono traslate da Firenze e accolte, insieme ai resti di Atto Tigri e Filippo Civinini, anch'essi anatomici e scienziati pistoiesi, in un elegante monumento funebre marmoreo.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: johnpatrick.delios@unifi.it

TM

[1] BNCF, *Carte Pacini*, Filza 1, volume I, c. 6.

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

Alberto e Nanni Rinaldi

Due medici tra i misteri e i colori del Cetona

MAURO BARNI

Già Presidente della Commissione Regionale di Bioetica

Arrivando da Siena e penetrando il fittissimo bosco del Monte Cetona inciso da strade asfaltate ma contorte par d'essere tenacemente avvinti da quel verde folto ed intenso in un'atmosfera umida di silenzio, misteriosa per echi lontani, forse irreali perché solo sentiti e conchiusi nella mente, nella memoria. Vien da pensare che la arcana suggestione "etrusca" di quei luoghi, segnata da antichi simboli, percorsa da umbratili richiami, imprima un qualche stigma caratteriologico, e non solo alla fisionomia ambientale.

Sembra farne fede la storia di due medici straordinari, zio e nipote, ricchi di attitudini eccellenti e di curiosità insaziabili, dall'elegante e misterioso carisma.

Lo zio, il dottor Alberto, famosissimo medico condotto di Piazze, negli anni venti-trenta del secolo scorso, studiò e sperimentò contro l'artrite una cura efficace (in quanto fondata su severi presupposti farmacologici e fisioterapici per allora del tutto originali) suscitando una attrazione ben riposta e del tutto inusitata in un'epoca medicalmente ancora primordiale. A lui accorsero, oltre alla povera gente curata *no profit* e con amore, notissime personalità della politica, della mondanità, dell'alta cultura, del teatro, della musica, tra le quali svetta il grande Arturo Toscanini, che trascorse alle Piazze lunghi periodi di cura oltre che di serenità e d'amore, letteralmente restituito al podio prestigioso, allor che le sue mani stavano già rattrappendosi.

È avvolta ancora nel misterioso groviglio di quei luoghi, la sua morte violenta ché in una notte dell'inverno 1935, appena uscito di casa per recarsi da un ammalato grave, Alberto fu ucciso *da un uomo che lo colpì di spalle alla testa con feroci colpi di mazza*. L'as-

Nanni Rinaldi: Tempesta sul Cetona.

Nanni Rinaldi: fagiano ferito.

sassino non è mai stato identificato e solo il bosco del Cetona seppe del sicario notturno che fuggiva e del movente che ne armò la mano del ligneo contundente.

L'altro medico, il suo prediletto nipote Giovanni Rinaldi (Nanni), era ancora un giovinetto: ma ne aveva tratto indelebili insegnamenti e ne serbò devota memoria.

Si laureò all'Università si Siena, nell'immediato dopoguerra, ma subito dopo aprì il suo *atelier-santuario* delle Piazze, dandosi alla vita d'artista, bonariamente baffuto, eccentrico, solitario, generoso, un po' come Burri che, poco al di là del Chiana, riversò nell'arte la sua *sensibilità* di medico. "*Concepì sin dall'infanzia la passione per la pittura che l'accompagnò per tutta la vita e che gli procurò tante gioie e grandi amarezze*" (Rinaldi S.: Il medico delle Piazze, Ed. Emmecipì, Roma, 2009). Le sue opere, non solo tele e tavole (o sassi e rami che fin dall'infanzia coloriva), illuminarono la sua vita: ma anche sculture assemblate, manichini stralunati che chiedono, per rivivere, sguardi curiosi e penetranti.

E mirabili sono i ritratti di donne bellissime, di pazienti illustri dello zio, disegnati a memoria e le figure immerse nella luce filtrata dal paesaggio circostante, e la stupefazione dei colori struggenti e dolci, rappresi e sfumati in immagini solo intuibili, accostamenti sublimi di volti e di sogni, di rimembranze accorate e di luminosità iridescenti.

Alcuni altri lavori adornano salotti privati e pareti istituzionali (alla sede centrale del Monte dei Paschi). Visionario ed immaginifico, spontaneo e affettuosissimo, Nanni sentì e profuse da buon medico la sua Arte come un balsamo, per sé e gli altri, la moglie e i figli, gli amici, le amiche; ne fu geloso custode e disinteressato donatore; oltre che ricco di doti umane e di travolgente simpatia, fu un artista tanto grande quanto schivo, finalmente meritevole di una giusta valorizzazione prima che la sua opera si disperda nella pigra nebulosità delle lontananze.

TM

Nanni Rinaldi: autoritratto.

Nanni Rinaldi: Toscanini alle Piazze di Cetona.

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

La vittoria di Obama e la Riforma sanitaria

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

1. Elezioni presidenziali, novembre 2008. La Riforma sanitaria promessa.

Nel programma elettorale di Obama viene dato ampio risalto alla riforma del sistema sanitario, con queste parole: "Se hai già un'assicurazione sanitaria, l'unica cosa che cambierà sarà il prezzo del premio assicurativo. Sarà più basso. Se invece sei uno dei 45 milioni di americani privi di assicurazione, sarai coperto una volta che il mio programma diventerà legge".

2. Post-elezioni. Luglio 2009. Le prime resistenze

Dopo la vittoria elettorale, la proposta di riforma sanitaria inizia il suo iter parlamentare, che si capisce subito essere pieno d'insidie. Le varie lobbies – del settore assicurativo, dell'industria biomedicale – cominciano a muoversi "contro", facendo breccia anche in campo democratico.

3. Autunno 2009. L'attacco frontale. La perdita di un pezzo della Riforma

L'esame della riforma entra nel vivo nelle commissioni del Congresso, ben 6 tra Camera e Senato. Una norma viene duramente attaccata dall'opposizione, e anche da parte di diversi membri della maggioranza democratica: è quella che prevede la creazione di un'assicurazione sanitaria pubblica che, praticando tariffe eque e condizioni non discriminatorie nei confronti degli assistiti, si ponga in concorrenza con le assicurazioni private. E' uno dei pilastri della riforma, ma l'azione delle lobbies, le barricate dell'opposizione e le divisioni in campo democratico portano a una sua definitiva rimozione.

4. Gennaio 2010. Lo shock delle elezioni suppletive in Massachusetts

A gennaio, quando alle elezioni suppletive per assegnare il seggio senatoriale del Massachusetts rimasto vacante a causa della morte di Ted Kennedy (un seggio tradizionalmente considerato "sicuro" dai Democratici) vince uno sconosciuto candidato Repubblicano, la débacle elettorale viene inevitabilmente collegata alla riforma di Obama e alla reazione di rigetto dell'opinione pubblica. Si rievoca la vicenda del fallimento della proposta dei Clinton nel 1994: anch'essa partita col favore del pubblico, poi bersagliata dall'offensiva della coalizione dei nemici della riforma e infine affondata dai sondaggi sfavorevoli e dallo spettro di una sconfitta alle elezioni di medio termine. Alla fine di gennaio si prospettava uno scenario analogo: nei sondaggi il gradimento sia del Presidente che della riforma erano in discesa, le elezioni di medio termine quasi alle porte (novenbre 2010) e molti parlamentari democratici erano paralizzati dalla paura che la riforma potesse impedire la rielezione.

5. 21 marzo 2010. La Riforma è legge

Obama, nonostante i sondaggi sfavorevoli e le divisioni all'interno del campo democratico (che non garantivano la maggioranza parlamentare), decise di portare avanti la battaglia e di mettere in gioco la sua leadership. La legge venne messa in votazione alla Camera il 21 marzo 2010 e, dopo un'estenuante giornata di trattative, ottenne finalmente l'approvazione. Paul Krugman dalle colonne nel *New York Times* scrisse di "storica vittoria del Presidente Obama e di trionfo di Nancy Pelosi": il giusto riconoscimento allo speaker della Camera per l'abilità e la tenacia con cui gestì le ultime convulse fasi della trattativa col gruppo dei democratici dissidenti, riuscendo a recuperare l'indispensabile sostegno dei deputati anti-abortisti e conseguendo alla fine il risultato utile di 219 voti contro 212 (maggioranza richiesta: 216).

6. I contenuti della Riforma

La parte della riforma più impegnativa dal punto di vista finanziario sarà attuata a partire del 2014, mentre da subito vengono introdotte importanti innovazioni, ritenute molto popolari e quindi in grado di contrastare sul piano del consenso le campagne degli oppositori della riforma. Le immediate innovazioni riguardano due provvedimenti che puntano diretti al cuore degli interessi dell'industria assicurativa: a) il primo vieta alle assicurazione di negare l'iscrizione a coloro che hanno malattie preesistenti (es: diabete) o di rescindere il contratto per gravi patologie sopravvenute (es: tumori); b) il secondo vieta alle assicurazioni di stabilire un tetto massimo ai rimborsi, tetto che danneggia i pazienti portatori di malattie particolarmente gravi e costose.

Altra norma da subito introdotta è la possibilità di includere nell'ambito dell'assicurazione familiare

i giovani fino a 26 anni (prima il limite era 18 anni), per consentire la copertura delle persone che continuano a studiare, che sono disoccupati o in cerca di prima occupazione.

Decorrono invece dal 2014 le seguenti parti della riforma:

1. **Espansione di Medicaid** (il programma pubblico che attualmente assicura solo alcune categorie di poveri). Potranno essere arruolati in Medicaid tutti coloro che hanno un reddito inferiore a 29,327 $ (per una famiglia di 4 persone). **Ciò comporterà un incremento della copertura assicurativa di 16 milioni di persone.**

2. **Obbligo di assicurare (per le imprese) e di assicurarsi (per le persone). a) Imprese**: l'obbligo di assicurare i propri dipendenti vale per le imprese con 50 e più lavoratori. In caso di mancata osservanza è prevista l'irrogazione di una multa di 2,000 $ a dipendente all'anno, con l'esenzione dei primi 30 dipendenti; un imprenditore inadempiente con 53 dipendenti pagherà una multa di 46,000 $; **b) Persone**: le persone che non godono della copertura assicurativa pagata dall'impresa (che è la forma più diffusa di copertura assicurativa) sono tenute ad assicurarsi con le proprie risorse. Chi non si attiene pagherà una multa di 95 $ (o l'1% del reddito) nel 2014, di 325 $ (o il 2% del reddito) nel 2015, di 695 $ (o il 3,5% del reddito) nel 2016 (fino a un max. di 2,085 $ l'anno). Saranno esentate le persone con un reddito inferiore ai 9,350 $ (singoli) o 18,700 $ (coppie). Sono esentati anche gli Indiani Americani.

3. **Sussidi alle imprese e alle persone. a) Imprese.** Le imprese con 25 o meno dipendenti che assicurano i lavoratori godranno di crediti di imposta che saranno particolarmente elevati nel caso di imprese con 10 o meno dipendenti dove è previsto un rimborso fino pari al 50% del costo delle polizze; **b) Persone**. Per le famiglie (4 persone) con un reddito inferiore a 88,200 $ sono previsti dei sussidi crescenti man mano che si scende nei livelli di reddito. Così il costo della polizza non dovrà superare il 9,5 del reddito (per i redditi più alti) o il 3% del reddito (per i redditi più bassi). Inoltre è stabilito che il contributo *out-of-pocket* (pagamento diretto) non potrà superare annualmente i 5,950 $ per un singolo o i 11,900 $ per una famiglia.

4. **Insurance Exchange**. Con questo termine s'intende la possibilità che a livello di Stato si creino dei consorzi tra assicurati (incluse anche imprese con un massimo di 100 dipendenti) in grado di contrattare da una posizione di maggiore forza con le assicurazioni. Dal 2017 tale possibilità sarà offerta anche a imprese con più di 100 dipendenti. Questa componente della riforma avrebbe certamente avuto maggiore efficacia se fosse rimasta in gioco la "*public health insurance option*", un'assicurazione pubblica in grado di competere con le assicurazioni private. Ma tale opzione fu cancellata nel passaggio al Senato e non è stata ripresentata alla Camera.

7. 2011-2012. Gli attacchi alla Riforma

Dal momento in cui è stata approvata, la Riforma sanitaria di Obama è stata oggetto di continui attacchi e proteste, da parte del movimento *Tea Party*, delle lobbies assicurative e bio-medicali, da parte dei vescovi cattolici (a causa dei provvedimenti a favore della contraccezione), e dell'opposizione repubblicana che – attraverso i governatori di 26 Stati – ha cercato, senza riuscirci, di farla invalidare dalla Corte Suprema (per una supposta incostituzionalità dell'obbligo a assicurarsi).

8. Un primo successo: diminuiscono i non-assicurati

Nel 2011 il numero degli americani privi di assicurazione è diminuito, per la prima volta dal 2007. Il numero dei non assicurati è passato da 49,9 milioni (16,3% della popolazione) del 2010 a 48,6 milioni (15,7% della popolazione) del 2011 – vedi Figura 1. Tale diminuzione è in buona parte da attribuire alla norma, immediatamente esecutiva, che ha dato la possibilità di includere nell'ambito dell'assicurazione familiare giovani fino a 26 anni (prima il limite era 18 anni). **TM**

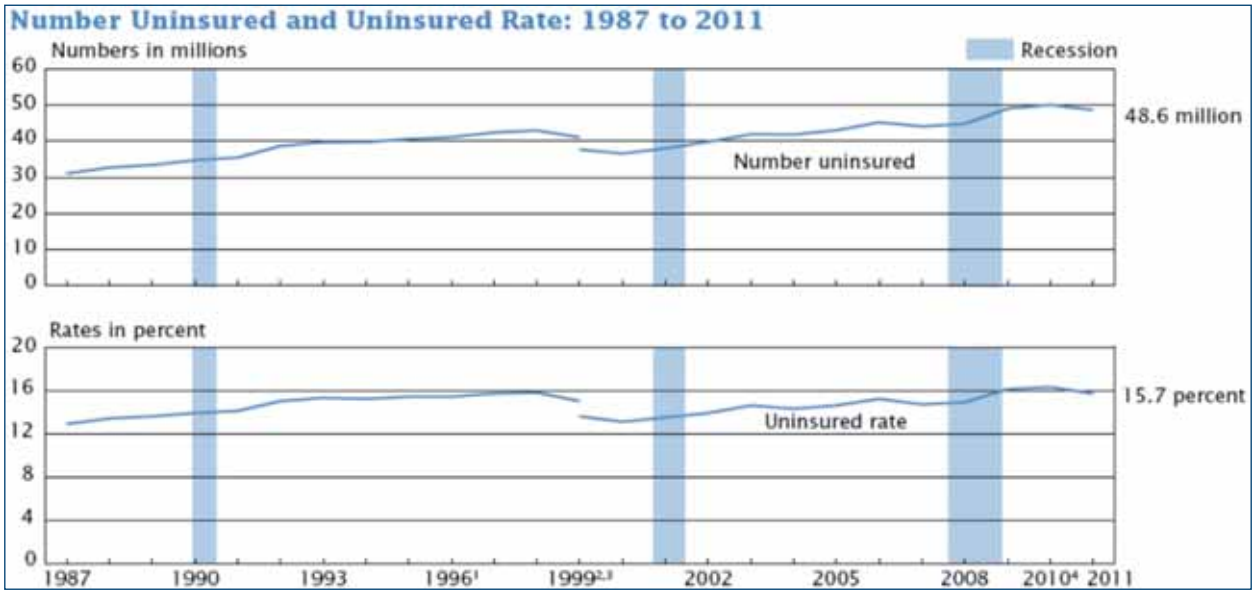


Figura 1 - *USA. Numero e % dei non assicurati. Anni 1987-2011. Fonte: US Census Bureau.*

Toscana Medica 1/13

Sandro Boccadoro, libero docente in Igiene presso il Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Firenze. Direttore sanitario della ASL di Firenze (1995/98). Membro del Consiglio Superiore di Sanità (1988/90). Presidente del Comitato regionale della CRI di Firenze (1988/93). Autore di 107 pubblicazioni scientifiche. Consulente sanitario per 24 progettazioni ospedaliere.

La riforma sanitaria di Pietro Leopoldo

Parte I

La lettura degli interassanti articoli su "La riforma sanitaria del Granducato di Toscana" pubblicati recentemente da Toscana Medica a cura di Manfredo Fanfani, mi ha indotto a sviluppare l'argomento, incentrandolo sulla politica sanitaria di Pietro Leopoldo.

SANDRO BOCCADORO

Già Direttore Sanitario Asl Firenze

Poiché l'articolo sarà pubblicato a puntate, ritengo opportuno anticipare il **sommario**:

- Premessa
- La razionalizzazione della rete ospedaliera
- Il riordino degli ospedali
- Una nuova condizione dell'infermo di mente
- L'organizzazione sanitaria territoriale
- I primordi dell'igiene ambientale e della prevenzione primaria
- Lo studio della medicina e la ricerca medica
- Conclusioni

PREMESSA

La politica del primo granduca di Toscana Pietro Leopoldo nel settore dell'assistenza sanitaria si basa fondamentalmente su due principi informatori:

- la condizione umana del malato, quale soggetto da curare e da recuperare alla vita sociale attiva nell'interesse della collettività;
- l'evoluzione del concetto di ospedale, non più considerato istituzione di beneficienza ma struttura finalizzata al conseguimento della sicurezza sociale nell'interesse dello Stato.

Fino all'avvento dei Lorena l'assistenza sanitaria non rientrava nelle finalità dei governi toscani. Ai problemi sociali dei poveri, degli inabili, dei malati, nonché dei pellegrini, provvedevano le istituzioni di beneficienza fondate e sostenute da varie associazioni corporative, ecclesiastiche e laiche, che erano amministrate fuori dell'ordinamento statale. Intorno alla metà del XVIII secolo il Governo della Reggenza promuove una prima opera riformatrice nel settore assistenziale, basata essenzialmente su motivazioni di ordine sociale e di sicurezza pubblica. Continuando la politica intrapresa dalla Reggenza, il granduca Pietro Leopoldo intensifica la sua politica riformatrice, da cui prende avvio, oltre al principio della sicurezza sociale, il processo di valorizzazione e di rispetto della personalità umana.

Si afferma una nuova concezione basata su norme vincolanti anche per lo Stato, perché i cittadini malati o indigenti hanno diritto all'assistenza. Alla carità e beneficienza subentra un sistema di assistenza finanziata dal governo per la sicurezza della popolazione, non soltanto quella residente ma anche chi era in transito nel granducato. La riforma delle istituzioni assistenziali, che scaturiva da un'illuminata politica economica e da valide motivazioni sociali, era sostenuta anche da fondati contenuti morali. Infatti non vengono disconosciute e sottovalutate le opere di carità, quale principio etico di solidarietà umana, viene però superato il concetto di carità come strumento di beneficienza pubblica estraneo agli interessi sociali dello Stato.

Il processo di socializzazione, che anche in Italia prende avvio dal clima della rivoluzione francese, segna nel XVIII secolo la nascita dello stato moderno. Nel granducato toscano le riforme istituzionali precorrono i tempi del rinnovamento sociale e nel settore sanitario investono tutte le forme di assistenza (ai malati, ai bisognosi, ai pellegrini) che si erano costituite nei secoli passati e risultavano anacronistiche ad un governante illuminato, quale era Pietro Leopoldo. Nell'arco di mezzo secolo, la seconda metà del settecento, questa capacità riformatrice determina la ristrutturazione radicale del sistema sanitario in Toscana ed un effettivo ammodernamento di tutti i suoi apparati. Il fenomeno che sfocia in concreti ed organici provvedimenti legislativi assume risvolti sociali ed economici.

Per capire il significato concettuale della po-

litica granducale ed approfondire la conoscenza della sua opera innovatrice nel settore sanitario è necessario estendere l'analisi all'intero processo riformistico che si sviluppa fin dal tempo della Reggenza. L'intensa attività normativa che viene prodotta si contraddistingue per due serie di provvedimenti: quelli rivolti al riordinamento di tutte le strutture assistenziali preesistenti (ospedali, orfanatrofi, manicomi) e quelli che propongono ed attuano nuove istituzioni sanitarie di grande rilevanza sociale, quali l'assistenza a domicilio e il sostegno alle donne in gravidanza.

Nell'intensa e proficua attività politica di Pietro Leopoldo l'aspetto più rilevante sotto il profilo etico è il suo pensiero sempre rivolto a valorizzare la personalità umana e a patrocinare i bisognevoli. L'illuminismo del granduca è espressione dei più nobili valori sociali quando afferma il principio secondo cui l'assistenza è un diritto universale: "*...l'ospedale è aperto a tutte le infermità da qualunque parte della Toscana giungessero gli ammalati e a qualunque nazione appartenessero*".

LA RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

I provvedimenti adottati da Pietro Leopoldo per riordinare il sistema ospedaliero della Toscana seguono due direttrici, che riguardano:

- la distinzione degli "ospedali per malati" da quelle istituzioni che prima della riforma erano denominate "ospedali per pellegrini", tracciando una precisa definizione dei rispettivi ruoli assistenziali e dei loro compiti;
- l'accentramento degli "ospedali per malati" nelle principali città toscane, sotto un'unica amministrazione, con la conseguente soppressione dei piccoli nosocomi.

Intorno alla metà del XVIII secolo, prima della venuta in Toscana di Pietro Leopoldo, il governo della Reggenza aveva avviato una preliminare riforma nel settore dell'assistenza, unificando in una specifica organizzazione gli ospedali per pellegrini, destinati anche ai poveri e ai mendicanti, distinguendoli dagli ospedali per malati. La nuova regolamentazione, emanata nel 1751, si basa fondamentalmente su motivazioni di ordine sociale e su disposizioni di sicurezza pubblica. Infatti il problema dei pellegrini in Toscana, regione di transito molto frequentata, era un fenomeno di rilevanza politica che si associava al problema della mendicità e del pauperismo. Durante le carestie e nei periodi di crisi economica aumentavano i ricoveri dei poveri. Gli ospedali accoglievano pellegrini e mendicanti, oltre che gli infermi e gli ammalati, determinando gravi dissesti nell'amministrazione patrimoniale.

Su queste basi s'innestano i provvedimenti che Pietro Leopoldo adotterà successivamente, continuando l'opera di trasformazione intrapresa dalla Reggenza. Egli accentua non solo gli aspetti economici e di ordine pubblico, ma soprattutto i contenuti sociali a favore dei bisognosi. La dimensione politica più rilevante della riforma è l'inquadramento degli "ospedali per malati" nelle istituzioni dello stato e una loro sistematica classificazione. Lo stato si avvale degli ospedali quale struttura per la sicurezza sociale. Nel progetto riformista e razionalizzante di Pietro Leopoldo l'ospedale diventa lo strumento politico fondamentale per la tutela esercitata dallo stato sulla salute dei cittadini. Assume inoltre il ruolo di istituzione delegata ad assolvere una funzione pubblica di preminente rilevanza sociale.

Nel corso dei secoli precedenti soltanto pochi ospedali erano sotto il controllo del governo politico o di quello ecclesiastico, attraverso la nomina dei reggenti (Santa Maria Nuova a Firenze, Santa Maria della Scala a Siena, il Ceppo a Pistoia). La maggior parte era gestita invece dalle congregazioni, tra le quali primeggiava in particolare l'amministrazione del Bigallo.

Tabella 1

Classificazione degli Ospedali toscani durante il Granducato di Pietro Leopoldo		
S. Maria Nuova - Firenze	Misericordia e Dolce - Prato	O. Poveri di Cristo - Modigliana
O. di Bonifazio - Firenze	S. Maria Misericordia - Cortona	O. di Empoli
O. degli Innocenti - Firenze	S. Maria - Castiglion Fiorentino	Serristori - Figline
S. Maria della Scala - Siena	S.M. Misericordia - S. Sepolcro	S. Antonio Abbate - Fivizzano
O. di Pisa	O. degli Infermi - S. Miniato	S. Maria Misericordia - Poppi
S. Antonio - Livorno	S. Maria Maddalena - Volterra	S.M. Misericordia - Bibbiena
S.M. Misericordia - Livorno	S. Lorenzo - Colle	S. Maria della Pave - M.S. Savino
O. del Ceppo - Pistoia	S. Fina - S. Gimignano	O. di Massa
SS. Cosimo e Damiano - Pescia	O. di Montalcino	O. di Scansano
S. Maria Sopra i Ponti - Arezzo	S. Antonio abbate - Pontremoli	O. di Pitigliano
O. Di Grosseto		O. di Castel del Piano
		S. Anna - Lucignano
		O. della Misericordia - Portoferraio
		Pia Casa Misericordia - Pomarance
		O. di Campiglia
		O. di Sinalunga

Come risulta dagli scritti dello stesso granduca, sotto il suo governo gli ospedali furono raggruppati in due categorie:

- gli "ospedali regi" che avevano sede nelle grandi città e dipendevano direttamente dal governo toscano, cui spettava la nomina dei commissari;
- gli "ospedali comunicativi" ubicati nei centri minori, che dipendevano dalle rispettive comunità locali, le quali proponevano al governo la nomina del sovrintendente.

Gli ospedali per malati inoltre venivano differenziati in rapporto alla loro grandezza e quindi classificati di prima, seconda e terza categoria (vedi Tabella 1).

La politica della razionalizzazione ha determinato la soppressione di numerose piccole istituzioni di cura e di assistenza nelle principali città della Toscana, perché erano considerate improduttive sotto il profilo economico. Contestualmente entrava in atto il meccanismo politico che imponeva l'amministrazione unica e centralizzata delle istituzioni pubbliche.

Scriveva a questo proposito Ottavio Andreucci: "*Egli vagheggiava il vasto concetto di riunire sotto una sola direzione gli spedali tutti della città di Firenze, perché l'amministrazione accentrata offre il vantaggio di una eguale subordinazione, di una medesima regola di un migliore e meno dispendioso servizio*".

Ligio a questi principi Pietro Leopoldo mette in atto la sua politica sanitaria *con il riordino della rete ospedaliera fiorentina*. Nell'arco di otto anni, da 1777 al 1785, vengono soppressi sei piccoli ospedali, aggregando tutti i loro patrimoni a quelli di Santa Maria Nuova.

Analogo intervento avveniva a Siena, dove nell'amministrazione di Santa Maria della Scala confluivano numerosi ospedali minori.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: a sandro.boccadoro@virgilio.it

TM

Continua nei prossimi numeri di Toscana Medica

Lettere al direttore

Toscana Medica **1/13**

Il problema della causa di morte

La recente morte di Pier Mario Morosini, durante una gara calcistica, ha suscitato, nell'opinione pubblica, una grande emozione perché si è trattato della morte improvvisa di un soggetto di 25 anni asintomatico ed esente da anomalie cardio-vascolari agli esami medici preventivi cui vengono sottoposti gli atleti prima e durante l'attività sportiva ed anche perché all'esame autoptico è risultato esente da anomalie cardio-vascolari tali da poter giustificare il decesso.

Attualmente rimane aperto il problema della causa della morte.

Questa morte può trovare una razionale giustificazione se valutata nell'ambito della storia naturale della malattia aterosclerotica che, iniziata come é noto, già durante la gestazione, evolve secondo due fondamentali modalità: evoluzione benigna con possibilità di sopravvivenza anche oltre cento anni, evoluzione maligna con mortalità improvvisa in giovane età in soggetto asintomatico esente da anomalie cardio-vascolari agli esami di screening di routine.

Come è noto, dei due fattori fondamentali di malattia il fattore genetico, espresso dalla storia familiare, è quello considerato responsabile del tipo di evoluzione della stessa nel singolo soggetto. La storia familiare di Pier Mario Morosini appare compatibile con la presenza di una predisposizione genetica agli eventi mortali precoci.

Lo studio preventivo del fattore genetico, nel singolo soggetto, presuppone lo studio dinamico del suo genoma attraverso vari passaggi quali: lo studio della "omica alterata": proteoma, metaboloma per la individuazione del gene mutato e reso attivo. Si tratta di uno studio purtroppo poco adatto allo *screening* di massa.

Lo *screening* di massa del grado di rischio cardiovascolare del singolo soggetto è oggi realizzato efficacemente, attraverso la ricerca della Disfunzione Endoteliale presente nel singolo soggetto sulla base che l'impatto tra i due fattori di malattia ha luogo a livello dell'endotelio. Il grado di Disfunzione Endoteliale risultante esprime il grado di rischio cardiovascolare personalizzato. Si tratta di un test adatto allo screening di massa perché non invasivo, ripetibile, obiettivo, operatore indipendente.

Il presidente del Coni ha auspicato l'utilizzo di test di screening del rischio cardio-vascolare più efficienti di quelli attuali cui sottoporre preventivamente gli atleti.

Il test della Disfunzione Endoteliale appare essere in possesso di tutti i requisiti richiesti.

Giuseppe Nuzzaci

Limiti della medicina ed errori dei medici

La morte di una bambina è sempre un fatto tragico per i genitori e per il mondo, non mai risarcito da una condanna o alleviato dal fatto che sia stata effettuata una corretta procedura medica.

D'altra parte la giustizia umana, si dice, non è giusta, ma è la miglior approssimazione al giusto.

Ma quale approssimazione! La sentenza che ha recentemente condannato in appello i medici della guardia medica, e in particolare il dottor Vat Marashi, per la dolorosa fine della giovane Eleonora nel 2008 appare spropositata. È vero che la pediatra titolare, in quei giorni di guardia non presente è stata ora giustamente considerata non responsabile di un evento in cui non era presente. Ma per quanto riguarda i colleghi della guardia medica, da tutto quanto è comprensibile anche dagli atti della prima sentenza, risulta che Marashi ha visitato la bimba, ha valutato il moderato dolore addominale della bimba come problema non da immediato intervento chirurgico, e, parlando con la madre, e prendendo un prudente tempo di attesa, come è d'uso in questi casi, le ha suggerito il ricovero dopo qualche ora, nel caso i dolori persistessero - il che la madre ha fatto dopo un giorno.

Con tutto ciò il medico è stato condannato per non aver diagnosticato un'appendicite acuta. Ben conoscendo le difficoltà diagnostiche in quest'ambito, ci pare che la magistratura in questo caso (come forse in altri) si sia sostituita alla scienza e alla prudente prassi medica, immaginando quello che dovrebbe fare un sanitario: ospedalizzare appena ci sia un dubbio diagnostico. Ma sappiamo che non è questo che ci insegna la buona pratica. Qui ci pare che la magistratura, se commendevolmente ha preso in esame la parte di chi è portatore di dolori, non abbia però approfondito le giuste ragioni e le giuste concatenazioni.

Ci sono errori ed errori. E quand'anche non ci fossero errori, anche la medicina fino ad oggi ha i suoi limiti.

Allaman Allamani

Quando inizia la gravidanza?

Il Dr. Giovanni Grisolia ci invia la seguente lettera a proposito di un trafiletto apparso su Toscana Medica n. 9/12, pubblicato per rispondere alle molte richieste di chiarimento pervenute. Il Collega afferma che: *nel trafiletto di Toscana Medica viene affermato senza ombra di dubbio, che la pillola del giorno dopo "agisce evitando il concepimento e non ha effetti abortivi". Mentre concordo del tutto sulla prima affermazione ho dubbi fondati sulla seconda. In molti studi si trascura che questo farmaco antiprogestinico oltre al ricercato effetto antiovulatorio ha anche quello di inibire la proliferazione dell'endometrio che, ad ogni ovulazione, prepara nell'utero il terreno che potrebbe accogliere l'ovulo fecondato perché sfuggito all'azione dell'Unipristal assunto ad ovulazione avvenuta. In altri studi invece si evidenzia il fatto che in alcuni casi, quando il farmaco è assunto dopo un avvenuto concepimento, l'Unipristal impedisce una indesiderata gravidanza non più con effetto anticoncezionale, ma antiannidamento.*

Questo viene ritenuto da molti esperti della materia un vero e proprio effetto abortivo del farmaco. E se qualcuno non ritiene si possa parlare di aborto se non dopo l'annidamento, sicuramente non si può disconoscere che in questo modo l'embrione, che ha iniziato il suo sviluppo vitale, non può procedere oltre e muore. Purtroppo la presenza di un embrione ai primi giorni di vita non può essere evidenziata dal test di gravidanza previsto dalla nostra legge per ottenere la prescrizione della pillola.

Pertanto chiedo che per dare una completa informazione sull'azione della pillola dei 5 giorni dopo si metta in evidenza sulla nostra rivista il possibile effetto intercettivo dell'Ulipristal, secondario alla sua attività anche sull'endometrio.

Il problema posto dal Collega, pur suffragato da una bibliografia, attiene sia alla discussione bioetica che a quella scientifica. Lo pubblichiamo volentieri, avvertendo tuttavia che Toscana Medica non può che attenersi, nel dare notizie ai medici, alla normativa vigente che considera l'annidamento dell'uovo fecondato quale inizio della gravidanza, e alle indicazioni delle società scientifiche del settore. Infatti il trafiletto pubblicato sull'Ulpristal acetato non è altro che la sintesi del *position paper* congiunto tra la SIC (Società Italiana di Contraccezione) e la SMIC (Società Medica Italiana per la Contraccezione) con il supporto della SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), consultabile sul sito: http://sicontraccezione.it.

Antonio Panti

Consulti epistolari in basilicata tra 800 e 900

Antonio Molfese

Il lettore toscano potrebbe essere poco interessato a conoscere la vita del medico e la cura dei pazienti in una regione allora così distante dal "granducato", la Basilicata. Tuttavia Antonio Molfese, medico, figlio e nipote di medici che hanno esercitato la condotta nel paese di Sant'Arcangelo, ha saputo tracciare, utilizzando le carte ritrovate dei suoi parenti, uno spaccato della storia della sanità interessante per chiunque voglia conoscere le radici e l'evoluzione della medicina e della sanità alla luce della trasformazione dei costumi. E come sia incredibile questa evoluzione, una parte della quale è sotto i nostri occhi, lo dimostra un altro libro dello stesso autore, la storia della "emigrazione in un paese della Basilicata", lo stesso Sant'Arcangelo. La povertà, l'ignoranza, le malattie, le disuguaglianze sociali, costrinsero alla emigrazione milioni di connazionali e non soltanto dal diseredato sud. Il libro porta anche l'elenco nominativo degli emigranti da quel paese fino al 1990, tanti da rischiare di popolarlo. In questi giorni ho ricevuto in omaggio un'ottima pubblicazione, "Dossier statistico sull'immigrazione" della Caritas. Ebbene, proprio in quegli stessi anni novanta del secolo scorso, scoppia e emerge nella sua intensità il dramma della immigrazione dai paesi poveri in quella che, nel frattempo, è diventata una nazione ricca e attraente, l'Italia. Un luogo ove si possa trovare lavoro e sperare in una migliore condizione sociale. Insomma per oltre un secolo dall'Unità d'Italia abbiamo esportato braccia e cervelli; ora, nonostante il nostro collocarsi nel novero dei paesi ricchi, importiamo braccia ma proseguiamo a esportare cervelli. Non sembra una politica accorta.

Antonio Panti

Stupore della nascita

Gianpaolo Donzelli

Passigli Editore

Gianpaolo Donzelli ha pubblicato per Passigli Editore questa breve ma intensa raccolta di poesie già tradotte in inglese a cura della Harvard University. "Fermatevi, è tempo di pensare" è l'incipit di una delle più belle liriche della raccolta. E, in effetti, dovremmo raccogliere quest'invito e chiederci dove vogliamo andare (da una crisi all'altra) e perché invece non soffermarsi per riflettere sulle grandi questioni, quelle vere, che ancora attanagliano l'uomo. I problemi della nascita, dell'amore, della malattia e della morte, sui quali Donzelli riflette con versi concreti e immagini semplici e fortemente veridiche. Un libro su cui tutti dovrebbero meditare perché sa esprimere verità difficili come solo la poesia può fare. Temi apparentemente impoetici quali "fleboclisi" o "nutrizione artificiale" che l'autore svolge in un testo poetico che riesce a trasformare in versi verità oggettive legate alla nascita, a quell'esperienza umana centrale e decisiva che accoglie in sé la donna e il bambino.

Antonio Panti

San Giovanni di Dio: 700 anni di storia

Enrico Ghidetti, Esther Diana

Edizioni Polistampa

Enrico Ghidetti ed Esther Diana hanno curato la pubblicazione del bellissimo volume "San Giovanni di Dio: settecento anni di storia. Un ospedale da non dimenticare", edito da Polistampa. Si tratta di una pubblicazione promossa dal Centro di Documentazione per la Storia dell'assistenza e della sanità e racconta la storia di uno dei più antichi ospedali d'Italia, dalla sua fondazione ad opera della famiglia Vespucci, fino ai giorni nostri. Il volume raccoglie i contribuiti storici, scientifici e culturali dei maggiori esperti del settore ed è arricchito da una vasta e accurata iconografia, che contribuisce a rendere il testo prezioso e unico nel suo genere. Un'opera indispensabile per apprezzare e valorizzare una delle strutture più amate dai fiorentini, ricca di storia, cultura e umanità e simbolo di quella tradizione di solidarietà che contraddistingue l'arte medica.

Giovanni Morrocchesi

Intensità di cura e intensità di relazioni

Sabina Nuti

Edizioni ETS

Sabina Nuti, che da anni svolge un ruolo di grande prestigio e importanza nella sanità toscana, dirige una collana di libri dedicata a "creare valore nella sanità pubblica". L'ultimo testo ampiamente sviluppa il tema del rinnovamento dell'ospedale, un cambiamento reso ormai ineludibile a causa dei mutamenti della patologia, legati alla comorbilità dell'età anziana, e ai travolgenti sviluppi della tecnica. Non ultima, poi, la necessità di contenere i costi della sanità. L'opera, a molte mani, nasce da un'importante esperienza formativa organizzata dal MES. Di tutte le molteplici possibili utilità che si ripropongono alla lettura di questo testo esaustivo e documentatissimo, vogliamo ricordare l'importanza data alla pluriprofessionalità quale fondamento dei moderni percorsi assistenziali. E quest'ultima si sostanzia in una buona comunicazione tra tutti i professionisti coinvolti. Insomma un altro tentativo, molto ben riuscito, di elevare i livelli culturali del personale sanitario quale garanzia non solo dell'appropriatezza delle cure fornite ai cittadini ma anche dell'adeguamento alla continua evoluzione della scienza medica. Solo così si risponde all'imperativo di creare valore nella sanità pubblica, che non può che essere volta non solo al bene dell'individuo malato, ma anche a quello della collettività. La sanità non è soltanto un servizio ma rappresenta ormai un importante fattore di progresso economico e sociale. Una sfida alla capacità di governo e di coinvolgimento dei professionisti, un banco di prova della concreta volontà politica degli amministratori.

Antonio Panti

L'Esercito Italiano ricerca medici

I medici chirurghi e gli odontoiatri che non hanno superato il 50° anno di età possono presentare istanza di adesione alla "Riserva Selezionata" dell'Esercito Italiano. Si tratta di un bacino di professionisti, in possesso dei requisiti ricercati dalla Forza Armata, a cui, in caso di necessità, è conferita direttamente la nomina ad Ufficiale di complemento dell'Esercito. I professionisti della "Riserva Selezionata" sono tenuti in posizione di congedo. Laddove si manifesti la necessità, l'Esercito può proporre richiami in servizio a tempo determinato (periodi di massimo 180 giorni), previo consenso del diretto interessato. L'impiego può avvenire in territorio nazionale o all'estero ed è sempre previsto in qualità di "specialista funzionale" nell'ambito dei settori specifici inerenti la professionalità posseduta. I medici e gli odontoiatri interessati a questa opportunità di lavoro e di esperienza professionale possono presentare istanza per essere inseriti nella "Riserva Selezionata" direttamente allo Stato Maggiore dell'Esercito. Informazioni, indirizzi e modulistica sono disponibili sul sito internet www.esercito.difesa.it alla voce "Riserva". Inoltre i professionisti iscritti all'Ordine dei Medici di Firenze potranno prendere contatto anche presso il Comando Militare dell'Esercito in Via Cavour 49 a Firenze, ai seguenti recapiti: Capo Sezione RFC tel. 055.2796175, email casezfoclp@cmefi.esercito.difesa.it - Ufficiale addetto sezione RFC tel. 055.2796114, email uadfocpl@cmefi.esercito.difesa.it.

AMMI E SOLIDAIRETA'

L'Associazione Mogli Medici Italiani - A.M.M.I. - ha organizzato qualche giorno fa a Villa Viviani una "romantica" sfilata di abiti da sposa delle socie, indossati da nipoti e figlie. Molto riuscita e con grande partecipazione. Il ricavato di tale manifestazione contribuisce, unitamente ad altre sezioni A.M.M.I. d' Italia, all'acquisto di un ecografo portatile già consegnato il 4 Dicembre c.a. alla tendopoli di Mirandola, duramente colpita dal terremoto lo scorso giugno.

Scadenze corsi FAD della FNOMCeO

Com'è noto, la FNOMCeO - Federazione Nazionale Ordini dei Medici – ha organizzato in questi anni tre corsi FAD (formazione a distanza) sul Governo Clinico, rivolti a tutti i medici e gli odontoiatri italiani e utili per l'acquisizione dei crediti ECM. Si tratta di corsi riguardanti l'Audit Clinico, la Sicurezza dei Pazienti e l'Appropriatezza delle cure. Per gestire l'organizzazione dei corsi, e soprattutto per la valutazione dei questionari finali, la FNOMCeO si è di recente dotata di una apposita struttura tecnica con l'obiettivo di rendere più celere e spedito il percorso formativo e la fornitura degli esiti. Questo tuttavia ha comportato un certo ritardo nella fornitura degli esiti finali, che in questi giorni si sta smaltendo. Per partecipare ai corsi FAD promossi dalla FNOMCeO vi sono due principali modalità: direttamente on-line sul portale internet della FNOMCeO www.fnomceo.it oppure in modalità cartacea via fax. Di seguito si riportano le scadenze per poter partecipare ai corsi, differenziate per modalità di partecipazione:

- Corso AUDIT CLINICO in modalità fax: scadenza 8 settembre 2013;
- Corso SICUREZZA DEI PAZIENTI in modalità fax: scadenza 6 febbraio 2013;
- Corso APPROPRIATEZZA DELLE CURE in modalità on-line: scadenza 30 settembre 2013;
- Corso APPROPRIATEZZA DELLE CURE in modalità fax: scadenza 30 settembre 2013.

Si ricorda che per verificare l'esito dei corsi al quale si è partecipato è possibile consultare l'apposita sezione del sito internet della FNOMCeO, oppure contattare il numero di telefono: 06.6841121.

Ritardo nella valutazione dei test dei corsi FAD ECM

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici informa che, a causa della sostituzione del partner tecnico e dell'aumento delle partecipazioni ai corsi FAD che si è verificata nel periodo estivo, si è creato un sensibile ritardo nella lettura e analisi dei test di valutazione dei corsi ECM. Ad oggi c'è un arretrato di circa 8.000 test da valutare, che la FNOMCeO conta di assorbire quanto prima, grazie anche all'incremento del personale tecnico dedicato alla procedura. La FNOMCeO si scusa con i colleghi per il ritardo e assicura il proprio impegno per ripristinare una maggiore puntualità nella lavorazione degli esiti.

I medici, le carceri e Pannella

A fine anno Pannella è tornato su tutti i mass media per il suo sciopero della fame e della sete contro le inumane condizioni delle carceri italiane. Toscana Medica ha pubblicato durante l'anno precedente due articoli del collega Ceraudo che ugualmente denunciavano questa drammatica e incivile situazione. L'assistenza negli istituti di pena è ora affidata al servizio sanitario i cui professionisti non possono certamente contraddire il Codice Deontologico. Se le denuncie, che giornalisti e politici periodicamente fanno, sono vere, e di sicuro lo sono, i colleghi dovrebbero farne oggetto di segnalazione alle Direzioni aziendali e all'Ordine professionale. I cittadini sono tutti uguali di fronte alla malattia e al disagio. Inoltre le segnalazioni dei medici, inoppugnabili come ogni certificazione, darebbero miglior sostanza ai necessari interventi.

Sì dei Ministeri alla riforma ENPAM

La riforma pensionistica dell'ENPAM è stata definitivamente approvata. I Ministeri del Lavoro e dell'Economia hanno riconosciuto che l'ente previdenziale dei medici e dei dentisti ha una sostenibilità a oltre 50 anni, come richiesto dal decreto "Salva Italia". "La barca è finalmente in porto e siamo i primi ad arrivare – ha dichiarato il Presidente dell'ENPAM Alberto Oliveti –. È un grande risultato, che non è stato facile raggiungere. Abbiamo ripartito il sacrificio nella maniera più equa possibile. In termini previdenziali siamo stati molto prudenti. Superato questo stress test, gli ulteriori avanzi che scaturiranno da questa prudenza andranno ai giovani". La riforma prevede un graduale adeguamento alle nuove aspettative di vita: a partire dal 2013 l'età del pensionamento ordinario di vecchiaia sarà di 65 anni e 6 mesi e aumenterà di un semestre all'anno fino a raggiungere i 68 anni nel 2018. Non ci sarà invece alcun aumento di contributi fino al 2015, anno in cui è previsto lo sblocco delle convenzioni (i "CCNL" dei medici convenzionati). Nella lettera di approvazione della riforma, il Ministero del Lavoro ha dato atto di aver ricevuto "esauriente risposta" alle richieste formulate dalle autorità vigilanti. Per ulteriori informazioni: www.enpam.it.

Odontoiatria Speciale a Careggi

Le cure odontoiatriche per i pazienti con disabilità fisiche o psichiche sono particolarmente complesse, soprattutto quando i pazienti con possono fornire un adeguato livello di collaborazione alle cure. Ma ci sono anche i pazienti affetti da disturbi della coagulazione del sangue o sottoposte a particolari terapie farmacologiche che devono essere gestiti con particolare cautela durante le cure odontoiatriche. Per affrontare questo genere di trattamenti, presso l'Ospedale di Careggi è attivo dal 2008 il servizio di Odontoiatria Speciale, centro di riferimento regionale per i pazienti con bisogni speciali, diretto dal Prof. Franco Amunni e composto da una decina di professionisti odontoiatri ed infermieri. Recentemente, inoltre, il servizio si occupa anche delle cure odontoiatriche per i pazienti oncologici, in collaborazione con il dipartimento di Oncologia Medica dello stesso ospedale. Per maggiori informazioni sul servizio, contattare il n. 055.7948455 dalle ore 11,30 alle ore 13 dal lunedì al venerdì.

Esposto all'Ordine: chi lo fa non lo può impugnare

Il Codacons – Associazione per la tutela dei diritti dei consumatori – aveva presentato un esposto ad un Ordine dei Medici per sollecitare l'adozione di provvedimenti disciplinari a carico di un medico. L'Ordine, sulla base della segnalazione ricevuta, aveva istruito il caso, che poi si era concluso con l'archiviazione, non ritenendo che il professionista avesse violato il Codice Deontologico. Non soddisfatto della decisione dell'Ordine, il Codacons ha fatto ricorso prima al TAR e poi al Consiglio di Stato per imporre all'Ordine la revisione della sua decisione. Ma il Consiglio di Stato non ha accolto la richiesta del Codacons e ha ricordato un importante principio: il procedimento disciplinare dell'Ordine non ha la funzione di tutelare le situazioni giuridiche di chi presenta l'esposto, perché questo non è lo scopo del procedimento. L'esponente ha altri strumenti e mezzi per tutelare le sue ragioni presso la magistratura ordinaria. E non importa se il procedimento disciplinare dell'Ordine ha preso l'avvio da una segnalazione di un qualunque cittadino: ciò non fa comunque assumere all'esponente la qualità di "parte" del procedimento, per cui costui non ha diritto di impugnare il provvedimento dell'Ordine.

Documento Valutazione Rischi standardizzato

Con il Decreto Interministeriale del 30 novembre scorso (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 6 dicembre) sono state emanate le procedure standardizzate per redigere il Documento Valutazione Rischi (DVR) per le aziende che hanno fino a 10 lavoratori dipendenti, a norma del Testo Unico delle leggi in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro. Pertanto tutti i titolari di studio medico o odontoiatrico che occupano fino a 10 lavoratori e che fino ad oggi avevano redatto il DVR sotto forma di autocertificazione, sono tenuti a redigere il nuovo DVR secondo le procedure previste da tale Decreto. Tale redazione deve essere fatta entro il 31 dicembre 2012, ma considerato che il Decreto è stato emanato da pochi giorni è probabile che venga concessa una proroga. Comunque, nel frattempo, il suggerimento è di provvedervi al più presto. Per approfondire: http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/Notizie/20121207_DI_30112012.htm.

Censis: il SSN si regge su chi ci lavora

"Concentrati su risorse monetarie e tecnologiche, troppo poco si considera che la sanità italiana cammina sulle gambe di oltre 724 mila persone fra medici, infermieri e tecnici". È questa la considerazione da cui parte il capitolo su Welfare e Salute del 46° rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese. Ma ad essersene accorto non è solo il Censis, ma anche i cittadini, che infatti definiscono nel 71% dei casi gli operatori sanitari "gentili e disponibili". Migliora, dunque, il rapporto fra medici e pazienti, ma non diminuiscono le paure degli italiani, soprattutto per i bisogni crescenti legati alla cronicità e all'invecchiamento. In questo settore, osserva il Censis, le spese mediche e sociali impongono alle famiglie costi molto alti, mentre il SSN riesce a coprire solo una parte dei bisogni assistenziali. Attualmente è solo grazie all'istituto familiare (il cosiddetto "Welfare privato") che si riesce ad assicurare ai malati cronici e agli anziani una assistenza adeguata. Ma nemmeno la famiglia può farcela da sola: la crisi economica mette a durissima prova anche la solidarietà familiare e il rischio è di lasciare senza assistenza proprio chi ne avrebbe più bisogno: le fasce socialmente più deboli della popolazione.

Sanità "low-cost": non è tutto oro quel che luccica!

Una denuncia al giorno dei consumatori per lamentarsi dei servizi di Groupon e Groupalia riguarda le prestazioni sanitarie. È quanto emerge dai dati forniti da Cittadinanza Attiva - Tribunale dei Diritti del Malato, secondo i quali su circa 9.000 esposti ricevuti nel 2011, il 4% (pari a 360 esposti) riguarda il mondo della salute. Può sembrare una cifra marginale, ma se si pensa che nell'anno precedente gli esposti su prestazioni mediche insoddisfacenti erano pari a zero, si capisce come il fenomeno faccia emergere anche gli aspetti problematici degli acquisti on-line di pacchetti per cure mediche. In particolare i pazienti lamentano le pubblicità non sempre veritiere, le difficoltà nella prenotazione delle prestazioni, ma anche la superficialità e la scarsa qualità delle prestazioni ricevute che a volte addirittura risultano erogate da persone non abilitate. Il fenomeno della sanità "low-cost", che inizialmente aveva affascinato tanti pazienti, adesso comincia a far vedere il suo vero volto e mostra tutta la sua debolezza. Con risultati che a volte gli stessi pazienti "pagano" sulla propria pelle. A fronte di questi dati, Cittadinanza Attiva si è rivolta all'Antitrust, come del resto avevano già fatto l'anno scorso sia l'Ordine dei Medici che l'ANDI per il settore odontoiatrico, chiedendo un intervento a difesa dei pazienti-consumatori. Sarebbe troppo facile per l'Ordine dire ai pazienti: "Ve l'avevamo detto!". Ora invece serve di più agire insieme, medici e pazienti, affinchè siano previste regole rigorose per tutelare i diritti dei cittadini. Senza voler criminalizzare nessuno, ma senza nemmeno tollerare comportamenti scorretti o addirittura dannosi.

Polizza sanitaria ENPAM-UNISALUTE 2013

La Fondazione ENPAM ha deciso di rinnovare per il 2013 la convenzione per la polizza sanitaria ad adesione volontaria con la compagnia Unisalute SpA, proposta dal broker Previdenza Popolare. Rispetto al testo della polizza precedente sono stati apportati alcuni miglioramenti: sono cambiate le garanzie di polizza mediante l'introduzione di nuove prestazioni ed è stata prevista l'estensione della copertura, senza costi, ai nuovi nati in corso d'anno. Tutti coloro che avevano aderito alla Polizza nel 2012, e per i quali non è variata la composizione del nucleo familiare, potranno semplicemente versare il premio con le stesse modalità seguite nel 2012, senza bisogno di compilare il modulo di adesione. I nuovi aderenti e coloro che hanno subìto variazioni nella composizione del proprio nucleo familiare troveranno il modulo di adesione sul sito della Fondazione www.enpam.it e su quello della società Previdenza Popolare www.previdenzapopolare.com. Su entrambi i siti web sono pubblicati anche i testi completi dei due piani sanitari proposti: Piano sanitario base (senza limiti di età) e Piano sanitario base più integrativo (per chi non ha ancora compiuto 80 anni). Per tutte le informazioni ci si può rivolgere al broker Previdenza Popolare, dal lunedì al venerdì, al numero di telefono 199.168311. Scadenza rinnovo e nuove adesioni: 31/01/2013.

Spending review alle Casse di previdenza professionali?

Il Consiglio di Stato ha dato ragione all'ISTAT in merito all'inserimento delle Casse previdenziali dei professionisti (fra cui quindi anche l'ENPAM) nell'elenco delle Pubbliche Amministrazioni che concorrono a formare il Bilancio Consolidato dello Stato. La conseguenza più evidente di questa decisione è che anche le Casse previdenziali dei professionisti devono adeguarsi ai tagli imposti dalla Spending Review e versare nelle casse dello Stato i relativi risparmi: il 5% dei consumi intermedi nel 2012 e il 10% nel 2013. Una prospettiva che ha fatto scendere sul piede di guerra tutte le Casse di previdenza dei professionisti, riunite nell'ADEPP, che hanno annunciato ricorso alla Corte Costituzionale e perfino alla Corte di Giustizia Europea per difendere l'autonomia gestionale e finanziaria delle Casse di categoria che una legge del 1996 aveva privatizzato, ma che ora il Consiglio di Stato vuol far ritornare nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni. La questione non è di poco conto perché il taglio ai consumi intermedi imposto dalla Spending Review, se applicato, potrebbe finire per incidere sui trattamenti pensionistici. Cosa assurda, perché non più tardi di un paio di settimane fa il Ministero del Lavoro aveva approvato i nuovi regolamenti di alcune Casse di categoria (fra cui anche quella dei medici), riconoscendo la solidità e la sostenibilità degli Enti di previdenza professionali. La partita, quindi, è ancora aperta.

Esenzione ECM per i corsi in Medicine Complementari

La Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 1014 del 21/11/2011 avente ad oggetto: "Indirizzi per la formazione del personale dipendente del Servizio Sanitario Toscano" prevede, fra l'altro, che i medici che frequentano i corsi formativi nelle medicine complementari di Agopuntura, Omeopatia e Fitoterapia presso Scuole o Istituti accreditati dalla Regione Toscana a norma della Legge 9/2007, sono esonerati dal conseguimento dei crediti ECM per tutta la durata del periodo di formazione che, sempre a norma della medesima legge, non può essere inferiore a tre anni. Si ricorda che la frequenza ed il superamento dell'esame finale di tali corsi triennali presso le Scuole o Istituti accreditati dà diritto all'inserimento negli elenchi dei medici esercenti le Medicine Complementari presso gli Ordini dei Medici della Toscana.

Farmaci senza obbligo di ricetta

È stato pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 27 novembre 2012, il decreto del Ministro della Salute che amplia, secondo quanto stabilito dall'AIFA, il numero dei medicinali che possono essere venduti senza ricetta. I medicinali, riportati nell'allegato B del decreto, possono essere venduti anche negli esercizi commerciali previsti dal decreto Bersani del 2006 (parafarmacie, corner della grande distribuzione, ecc.). Questa lista contiene 356 confezioni di medicinali, con la specificazione del principio attivo e del marchio di fabbrica e comprende prodotti per uso dermatologico, ginecologico, rinologico ed oftalmico. Per consultare l'elenco: www.salute.gov.it/dettaglio/dettaglioNews.jsp?id=2327&tipo=new.

FRONT-OFFICE CITTADINO PER LA SALUTE MENTALE

Il *Coordinamento delle Associazioni Fiorentine per la Salute Mentale*, insieme *all'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Zona Firenze* (nell'ambito del *Progetto sulla Psicoeducazione* finanziato dalla Regione Toscana), con il patrocinio della Società della Salute di Firenze, sta realizzando un PROGETTO INTEGRATO PER LA CREAZIONE DI UNA RETE DI PUNTI DI ASCOLTO/INFORMAZIONE PER LA SALUTE MENTALE gestiti dalle Associazioni di Familiari e/o dal Volontariato Organizzato insieme ai Servizi ASL 10 di Firenze (*Responsabile*: Dr. Sandro Domenichetti - U.F.S.M.A. Zona Firenze; *Referente Organizzativo*: Dr.ssa Rosanna Perone - S.O.S. S.M.A. 5).

La creazione di una Rete di Punti di Ascolto collegati con i S.O.S. S.M.A. della UFSMA Firenze, rappresenta *un'espressione significativa dell'Integrazione tra il Volontariato Organizzato e il Servizio Sanitario Pubblico.*

I Punti di Ascolto si propongono di offrire, ai cittadini che ne usufruiranno, un "*contesto accogliente e sicuro*", un aiuto immediato, solidale ed informale.

L'obiettivo complessivo consiste nell'individuazione di un *MODELLO DI INTERVENTO INTEGRATO svolto dal Volontariato Organizzato insieme al Servizio Pubblico per la Salute Mentale***.**

La sperimentazione del Progetto Front-office offrirà l'opportunità di raccogliere informazioni utili per la definizione di tale Modello che, comunque, necessiterà sicuramente di integrazioni e di miglioramenti.

Il Progetto si propone di:

a) creare una Rete di Punti di Ascolto per la Salute Mentale;
b) far emergere i bisogni e le richieste dei cittadini che avrebbero alcune resistenze a rivolgersi ai Servizi per la Salute Mentale della ASL;
c) applicare un Modello Integrato di Interventi basato sulla sinergia tra Volontariato Organizzato e Servizi per la Salute Mentale Adulti della Zona Firenze;
d) favorire lo sviluppo dell'Auto-Mutuo-Aiuto (Self-help) dei Familiari;
e) considerare il cittadino (Paziente e/o familiare) come un soggetto attivo, in grado di svolgere un ruolo di figura centrale;
f) verificare l'efficacia degli interventi.

Sedi dei punti di ascolto:

Sede del Quartiere 2 - Villa Arrivabene, Piazza Alberti n. 2/a - Martedì dalle 10,00 alle 12,00 - Giovedì dalle 10,00 alle 12,00 - Per informazioni tel. 055.2767852

Sede del Quartiere 5 - Villa Palini - Via Baracca 150/p - Lunedì dalle 9,30 alle 11,30 - Giovedì dalle 9,30 alle 11,30 - Per informazioni tel. 055.2767029.

Area Radiologica: verso la ridefinizione delle competenze

Lo scorso 4 dicembre a Milano la commissione paritetica dell'Area Radiologica, composta dalle società medico-scientifiche dell'area e dai tecnici sanitari di radiologia medica, ha trovato l'accordo sui nuovi percorsi formativi e sulle funzioni specialistiche dei tecnici sanitari di radiologia medica. La commissione ha previsto una articolazione in 8 percorsi formativi da concretizzare in master universitari, per ampliare le competenze professionali dei tecnici, pur nel rispetto delle responsabilità di tutte le professioni operanti nell'area radiologica. Con questo spirito, sia i rappresentanti dei medici che dei tecnici hanno condiviso sulla necessità di rimodulare ed ampliare, di fatto e di diritto, le competenze professionali dei tecnici e adesso l'accordo passa all'esame del tavolo tecnico Stato-Regioni per l'approvazione definitiva e l'aggiornamento del profilo professionale dei tecnici.

Consenso informato anche per il medico-paziente

Un medico radiologo ha citato in giudizio la struttura ospedaliera presso la quale lavorava per ottenere il risarcimento dei danni subiti a causa di una terapia cortisonica somministratagli, ritenendo di non essere stato informato sui rischi della cura e messo nelle condizioni di prestare il consenso informato. La ASL si è difesa basandosi sul presupposto della rilevanza della qualità rivestita dal paziente-medico al fine di ritenere raggiunta la prova della sua consapevole adesione al trattamento. La controversia è arrivata in Cassazione, dove si è ricordato che, in tema di consenso informato, la finalità dell'informazione che il medico è tenuto a dare è quella di assicurare il diritto all'autodeterminazione del malato, il quale sarà libero di accettare o rifiutare la prestazione sanitaria. E', dunque, evidente come la qualità del paziente sia irrilevante al fine di escluderne la doverosità, mentre potrà incidere sulle modalità dell'informazione, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e che, nel caso di paziente-medico, potrà essere parametrata alle sue conoscenze scientifiche in materia. In conclusione la Cassazione ha dato ragione al medico-paziente, il quale aveva tutto il diritto ad essere informato e a prestare un consenso realmente informato, come ogni altro cittadino.

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000

Menarini, salute senza confini

Manfredo Fanfani

Una storia di aureole e di cappelli

QUANDO L'ABITO NON FACEVA IL MONACO, MA FACEVA IL MEDICO

In pubblicazione prossimamente nella rivista