



ToscanaMedica

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



La psoriasi tra conoscenze attuali e nuove prospettive

C. Blandizzi, M. Ceccarini, T. Lotti,
C. Manfredi, P. Tosi, M. Ucci

Gestione del paziente politraumatizzato

Consiglio Sanitario Regionale

Statistiche sanitarie OECD 2007

La responsabilità del medico e il rischio della medicina difensiva

D. Guerri

N° 2 FEBBRAIO 2010



FD3AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

■ Uno sguardo nell'invisibile
F. Napoli **4**

EDITORIALE

■ Libertà e anarchia
A. Panti **5**

MEDICINA LEGALE

■ La responsabilità del medico e il rischio della medicina difensiva
D. Guerri **6**

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

■ La psoriasi tra conoscenze attuali e nuove prospettive
C. Blandizzi, M. Ceccarini, T. Lotti, C. Manfredi, P. Tosi, M. Ucci **8**

■ Attualità di una antica patologia
A. Panti **13**

QUALITÀ E PROFESSIONE

■ La necessità di insegnare la medicina generale da parte dei medici
S.E. Giustini **14**

■ La valutazione di qualità in medicina generale
G. Collecchia **17**

■ L' "assetto mentale" del medico di medicina generale
B. Baratti **19**

■ A proposito di indicatori e del loro buon uso come catalizzatori di un gruppo
G. Cardamone e coll. **21**

■ I servizi psichiatrici nella società multiculturale
L. Galli e coll. **23**

■ Cosa è cambiato nella Dermatologia Pediatrica
A. Greco **26**

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

■ Diminuisce l'incidenza e la mortalità per tumore gastrico negli uomini e nelle donne
A. Caldarella e coll. **28**

RICERCA E CLINICA

■ Perché Fast Track Surgery?
F. Apicella **29**

■ La colecistectomia laparoscopica in ricovero breve
F. Vezzosi e coll. **43**

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

■ Piazza della Indipendenza a Firenze
M. Fanfani **31**

REGIONE TOSCANA

■ Consiglio Sanitario Regionale Osservatorio Permanente sul Sistema di Emergenza-Urgenza della Regione Toscana
Gestione del paziente politraumatizzato **35**

SAPER FARE SAPER ESSERE

■ Problemi etici in pneumologia
A. Lopes Pegna **45**

ENPAM E PREVIDENZA

■ Previdenze pensionistiche per chi assiste un disabile
C. Testuzza **48**

SANITÀ NEL MONDO

■ Statistiche sanitarie OECD 2007 **49**

CINEMA E MEDICINA

■ Medici
S. Beccastrini **53**

LETTI PER VOI

54

LETTERE AL DIRETTORE

■ Riflessioni su Santa Maria Nuova
S. Boccadoro **55**

■ Dateci tempo e scriveremo meglio
M. Macucci **56**

■ Il pediatra e la personalità dell'adolescente
F. Franchini **57**

FRAMMENTI DI STORIA

■ Michelangelo Buonarroti
A. Lucarella **58**

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

59

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

60

BACHECA

61

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI

62



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXVIII n. 2 - Febbraio 2010
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
"Marina con barche" di E. Jacobacci - Collezione Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2009 € 2,73

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



Uno sguardo nell'invisibile

Se ragionassimo in termini assoluti e schematici, dovremmo dire che l'anno 1900 è da vedersi come un crinale: prima, esiste l'innocenza di un mondo preoccupato solo dai fenomeni quotidiani, dopo diviene prepotente la consapevolezza stupita della presenza in esso di una parte sconosciuta, anche dolorosa, ma della quale siamo inevitabilmente figli: con la pubblicazione de *L'interpretazione dei sogni* di Sigmund Freud nasce ufficialmente la psicoanalisi, cioè quel processo utile per accedere all'inaccessibile dentro di noi.

E il *non vedibile* a cui fa riferimento il titolo della mostra *De Chirico, Max Ernst, Magritte, Balthus. Uno sguardo nell'invisibile* (Firenze, palazzo Strozzi, fino al 18 luglio) scaturisce proprio da quella intuizione, traducibile in arte come *metafisica*, riguardando una dimensione diversa fatta in questo secondo campo di sfuggenti pensieri, impalpabili sensazioni, oscuri presentimenti.

Tanto Novecento (tra gli altri, Surrealismo, Dadaismo) ha poi guardato a questo mondo del *silenzio*, dimensione ammiccante all'*oltre* – basterebbe vedere anche solo i protagonisti principali della esposizione fiorentina, che con la loro opera abbracciano tutto l'arco del XX secolo –, da Giorgio Morandi (presente in mostra: significativo in tal senso è l'uso che fa del-



De Chirico, "paesaggio romano"

lo spazio e del tempo) a Filippo De Pisis, ma anche Proust, prima di lui Poe, successivamente Cesare Pavese, entro certi limiti Joyce.

FEDERICO NAPOLI

Nella mostra di Palazzo Strozzi (un centinaio di opere di provenienza internazionale a documentare l'avventura della pittura metafisica e le sue influenze) i personaggi di spicco – De Chirico, Max Ernst, Magritte, Balthus – sviluppano la propria arte in modo diverso, in quanto non tutti rigorosamente appartenenti al movimento indicativamente nato nel 1909 da un De Chirico come sedotto dalla fiorentina piazza Santa Croce inondata di sole, alimentato da una sua successiva collaborazione con Carlo Carrà – anch'egli in mostra –, conosciuto nel 1917 presso l'ospedale militare di villa Tambroni a Ferrara, ove ambedue erano ricoverati per disturbi nervosi.

Ma tutti gli autori di cui sopra affrontano e si raccordano proprio con questa dimensione interiore, con una volontà di opporsi o quanto meno ricondurre in uno schema più significativo e comprensibile la banalità alienante dell'esistenza quotidiana (sembra quasi qui preannunciare il recente film di Gabriele Muccino *Baciarmi ancora*), contro quel *male oscuro* (ricordiamo Giuseppe Berto) che non di rado prende l'animo fino ad attanagliarlo, annientandolo.

Ciascuno di loro, infatti, imbocca una via diversa: il francese di origine polacca Balthus ha sviluppato maggiormente il senso dell'ambiguità; René Magritte, belga, ritraendo con esattezza il reale lo ha costellato di dubbi rendendolo instabile; Max Ernst, tedesco, ha privilegiato le inconse associazioni di idee con rimandi all'infanzia anche tramite la tecnica del *frottage*. Mentre, Giorgio De Chirico, di origine fiorentina ma greco di nascita, si è avvalso di una pittura di *sorpresa compositiva*, imprevedibile negli accostamenti (specie fino agli Anni Venti, documentati nell'esposizione di Palazzo Strozzi), corrosiva, illogica.

Mostra, questa di Firenze, per non pochi aspetti intrigante – in fin dei conti, ciò che ci sta di fronte è qualcosa di concreto, ma anche di impalpabile – e coinvolgente – in essa si parla dei medesimi decenni in cui si è fin qui sviluppata la nostra stessa vita –, tematicamente proiettata oltre l'apparenza fisica delle cose; mostra curata da Paolo Baldacci, Guido Magnaguagno e Gerd Roos; mostra a cui possono fare da suggello le parole di Magritte: *Amo le immagini dal significato sconosciuto, come sconosciuta è la mente stessa*.

De Chirico, Max Ernst, Magritte, Balthus.
Uno sguardo nell'invisibile

Palazzo Strozzi, Firenze - fino al 18 luglio 2010

Aperto tutti i giorni

9,00 - 20,00 / giovedì 9,00 - 23,00



Libertà e anarchia

ANTONIO PANTI

I medici, almeno quelli meno giovani, fanno un gran parlare della libertà di cura e rimpiangono i tempi passati quando l'indipendenza era, almeno nel ricordo, assoluta e nessuno osava interferire con le scelte del medico. Ancora è più o meno così, ma non v'è dubbio che la necessità di controllare la spesa, di avere dati di governo e l'obbligo di rendere conto dei risultati delle cure incidono su questa indipendenza, pretesa o presunta che sia, limitandola e condizionando le decisioni anche al letto del malato. La spesa farmaceutica è il settore dell'attività medica in cui il vincolo esterno è più incisivo e le motivazioni deontologiche dell'uso attento delle risorse sono mal comprese o peggio tollerate. Chi è l'unico professionista, sostengono i medici, che sappia applicare i trials alla peculiarità del singolo caso, chi sa conquistare la *compliance* del paziente, chi sa esercitare l'arte medica all'interno della scienza biologica? Non sono ragioni dappoco.

Nella sanità, come in tutte le imprese sociali, occorre però far coincidere le istanze individuali (la libertà) con quelle di tutti (la libertà che non danneggia nessuno, anzi va a vantaggio di tutti). Questo contrasto è quotidiano e, se non si risolve all'interno della medicina, non resta che attendersi qualche ulteriore vincolo alla tanto agognata libertà. Da professionista libero a impiegato di concetto il passo è breve; percorrerlo dipende dalla consapevolezza dei medici.

Incontro un vecchio paziente che mi chiede consiglio; ha da poco superato i sessanta, anamnesi personale muta ma una storia familiare di patologie cardiovascolari, il solito colesterolo un po' fuori linea. Il suo medico prescrive ASA, statine generiche (20 mg/die), un ACE-inibitore (modesta ipertensione). Ma si tratta di una persona apprensiva che non rinuncia a una "second opi-

nion" qualificata, presso un centro universitario toscano. Ne esce con la sostituzione della statina generica con atorvastatina (40 mg/die) più omeprazolo (40 mg/die). L'atorvastatina ha indicazioni di nicchia e in prevenzione primaria nessuna evidenza in più rispetto alla sinvastatina; inoltre il paziente ha un ottimo stomaco. Sorpreso dai cambiamenti che, da persona colta, valuta poco ragionevoli, mi chiede consiglio. Che dire?

La differenza di costo tra le due terapie è di 1,56 € al giorno. Se questa scelta si estendesse ai circa 200.000 pazienti che, più o meno, in Toscana sono in quelle condizioni, la maggiore spesa ascenderebbe a circa 114 milioni di € all'anno. Coi quali si fanno molte cose per il progresso dell'assistenza.

Le risorse scarseggeranno sempre e forse un giorno un gruppo di veri esperti al timone della Sanità potrebbe assumere decisioni inaspettate per i medici. Molti economisti ritengono prossimo il tempo in cui i governi dovranno scegliere se favorire la industria chimica o altri investimenti. In quest'epoca, non così lontana, i medici sapranno autogestirsi o le linee guida, trasformate in decisioni dello Stato, diventeranno obbligatorie? Oggi, in questi casi, non ci si spinge oltre la pressione morale, ma in futuro sarà sempre così? E fin d'ora non sarebbe opportuna una maggiore condivisione delle decisioni?

La libertà senza autocontrollo appartiene al medico o al mercato o è comunque dannosa? Vale anche in tempi di vacche magre? Forse la vera libertà risiede nella capacità di superare i conflitti di interesse per perseguire i migliori risultati per i pazienti in un equilibrio tra appropriatezza e sostenibilità.

TM



La responsabilità del medico e il rischio della medicina difensiva

I recenti orientamenti della giurisprudenza penale in un importante incontro all'Ordine dei Medici: qualche spiraglio in un panorama preoccupante.

Lil 3 dicembre scorso presso la sede dell'Ordine dei Medici di Firenze si è tenuto un interessante incontro di studio sul tema "La responsabilità del medico e il rischio della medicina difensiva. I recenti orientamenti della giurisprudenza penale", organizzato dall'Ordine dei Medici e dall'Ordine degli Avvocati del capoluogo toscano. Hanno partecipato al dibattito il dott. Antonio Panti, Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, l'Avv. Roberto Russo, Presidente dell'Ordine degli Avvocati di Firenze, il Prof. Aurelio Bonelli, Associato di Anatomia, istologia e medicina legale nell'Università di Firenze, il Prof. Fausto Giunta, Ordinario di Diritto penale nell'Università di Firenze, la dott.ssa Patrizia Piccialli, Consigliere di Cassazione, l'avv. Valerio Valignani, del Foro di Firenze e il Prof. Francesco Palazzo, Ordinario di Diritto penale nell'Università di Firenze. I relatori hanno preso le mosse dal fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva", consistente nel ricorso da parte del medico a pratiche diagnostiche e misure terapeutiche aventi come scopo il contenimento del rischio di incorrere in una responsabilità penale, piuttosto che la salute del paziente, per procedere all'approfondimento della più recente giurisprudenza penale sulla responsabilità medica, nella quale è dato cogliere una significativa attenuazione delle posizioni rigoriste del passato. Nel corso dell'incontro è stato presentato il volume dal titolo: "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità" a cura di F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras.

L'incontro si è aperto con i saluti e i ringraziamenti del Presidente Panti, il quale ha richiamato l'attenzione sulla pregnanza del fenomeno della medicina difensiva e sulla necessità da parte del medico di essere informato sulle posizioni della giurisprudenza in materia di responsabilità colposa del sanitario. Ha preso poi la parola il Pre-

sidente Russo, che ha testimoniato l'attenzione e l'impegno dell'Ordine degli avvocati di Firenze nei confronti del problema dell'esposizione al rischio penale della categoria dei medici e ha fin da subito esteso l'ambito di indagine ai profili di responsabilità per colpa dell'organizzazione della struttura sanitaria, oggetto di approfondimento anche della giurisprudenza civile.

Il primo intervento è stato quello dell'Avv. Valignani, che ha messo in evidenza come l'esposizione al rischio penale da parte del medico sia una realtà inconfutabile. L'Avv. Valignani si è soffermato sulle possibili cause del frequente ricorso alla giustizia penale nei confronti del medico, giungendo ad individuare due fattori determinanti, il primo dei quali, indipendente dal comportamento di quest'ultimo, consisterebbe in una sorta di aspettativa di immortalità del paziente. L'evento infausto è, infatti, generalmente rifiutato da parte di chi lo subisce come naturale sviluppo del processo patologico ed è addebitato dunque all'imperizia del sanitario, con conseguente trasfazione di qualsiasi decesso in presunto omicidio colposo. Il secondo fattore di esposizione del medico al rischio penale, addebitabile invece, per lo meno in parte, anche al medico stesso, sarebbe legato ad una non corretta gestione dei rapporti personali con il paziente e con i familiari: in molti casi la denuncia è espressione di risentimento nei confronti del medico, per cui l'evento infausto costituisce semplicemente l'occasione per il paziente o per il familiare di dare sfogo al proprio malcontento.

Ha preso poi la parola il Prof. Bonelli, il quale ha ripercorso l'evoluzione della giurisprudenza di legittimità degli ultimi anni, richiamando in particolar modo gli avanzamenti in materia di accertamento del nesso di causalità tra condotta, generalmente omissiva, del medico ed evento lesivo. A tal proposito si è soffermato sull'importanza

DANIELE GUERRI

Avvocato, Firenze

del ruolo svolto nell'accertamento della causalità dal consulente tecnico, il cui sapere tecnico è indispensabile alla corretta impostazione e comprensione del problema causale. Al contempo, però, il Prof. Bonelli ha rimarcato, nella prospettiva dell'integrazione dei saperi, l'importanza che lo specialista incaricato della consulenza tecnica sia affiancato dal medico legale, quale figura di raccordo tra il mondo medico e quello giuridico.

È stata quindi la volta della dott.ssa Piccialli, la quale ha offerto apprezzabili rassicurazioni al mondo della medicina, sottolineando l'attenzione e la sensibilità che, specie da ultimo, la Suprema Corte ha mostrato per il problema dell'esposizione al rischio penale del medico. La dott.ssa Piccialli ha ripercorso l'evoluzione giurisprudenziale degli ultimi anni, soffermandosi sulle massime e le vicende giudiziarie più significative. In particolare la dott.ssa Piccialli ha evidenziato il mutamento dell'orientamento giurisprudenziale in tema di accertamento della causalità omissiva introdotto dalla nota sentenza Franzese, esaminando altresì le principali pronunce che hanno confermato e approfondito i principi espressi nella suddetta sentenza, in modo da circoscrivere ulteriormente i criteri di imputazione oggettiva al medico dell'evento infausto. La dott.ssa Piccialli ha poi dato conto della recente sensibilizzazione della giurisprudenza di legittimità nei confronti di esigenze di personalizzazione della responsabilità colposa, con pronunce che hanno escluso la responsabilità del sanitario anche in caso di errore nella terapia o nella diagnosi, quando l'errore non ha avuto efficacia causale, perché l'evento infausto si sarebbe verificato ugualmente anche in presenza del comportamento conforme alle *leges artis*.

È intervenuto successivamente il prof. Giunta, il quale ha posto l'accento sull'importanza che, ai

fini del corretto accertamento della responsabilità colposa del medico, riveste il ricorso ai migliori e diffusi protocolli medici. Questi ultimi costituiscono *leges artis* formalizzate in grado di contemperare esigenze diverse e irrinunciabili, quali, da un lato, la correttezza e l'aggiornamento dell'intervento medico, dall'altro, la garanzia di una prova liberatoria certa per il medico che ha operato conformemente a detti protocolli. Peraltro la certezza delle regole di condotta contribuisce a scongiurare il ricorso preventivo da parte del medico a pratiche di medicina difensiva.

Il complesso dei contributi offerti, tutti assai apprezzati per chiarezza e incisività, ha suscitato grande interesse nell'uditorio, che ha partecipato al dibattito con numerosi interventi, volti a lamentare, a fronte di una piena garanzia di fronte alla Suprema Corte, la mancanza di una analoga attenzione nei procedimenti di merito e, in particolare, nella fase delle indagini. Segnatamente si è denunciato il ricorso da parte dei pubblici ministeri a consulenti tecnici non all'altezza dei casi, i quali con le loro perizie avvallano l'avvio di procedimenti basati su impianti accusatori infondati. Questi ultimi, anche se poi smentiti nel processo, hanno comunque un effetto devastante sulla vita professionale e privata del medico denunciato.

Ha chiuso l'incontro la sintesi del Prof. Palazzo, il quale ha tirato le somme del dibattito elogiando i passi avanti compiuti dalla giurisprudenza di legittimità nell'ambito dell'imputazione oggettiva dell'evento e la nuova sensibilità per la dimensione soggettiva della colpa. Ha poi fornito un quadro esaustivo delle proposte *de jure condendo* volte a ridimensionare il rischio penale del medico, tra le quali suscita particolare interesse la proposta di vincolare la procedibilità dell'azione penale al mancato risarcimento del danno alla vittima. **TM**

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

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

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

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

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

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



La psoriasi tra conoscenze attuali e nuove prospettive

TOSCANA MEDICA – Qual è l'inquadramento clinico della psoriasi?

LOTTI – Si tratta di una malattia cronica, di comune riscontro nella pratica clinica, che condiziona per i soggetti affetti una qualità di vita in molti casi veramente bassa. Siamo infatti di fronte ad una condizione morbosa che appare immediatamente visibile, associata a segni e sintomi talvolta sgradevoli come prurito, emanazione di cattivo odore, marcata desquamazione cutanea, produzione di eccessiva quantità di forfora, interessamento delle unghie (riscontrato in ben il 28% dei pazienti) che può fortemente caratterizzare in senso negativo l'attività di chi, per esempio, lavora a contatto con il pubblico.

Esistono numerose varianti della psoriasi che possono in qualche modo condurre ad una sua articolata classificazione: artropatica e non artropatica; lieve, moderata e grave a seconda della percentuale delle superficie cutanea interessata; forme pustolose (limitate ai palmi delle mani, alla pianta dei piedi, oppure generalizzate) e le gravissime varianti eritrodermiche che ancora oggi possono portare a morte il paziente.

La psoriasi è una malattia dai costi sia diretti che indiretti molto elevati, che necessita di un grande sforzo terapeutico sia da parte dello specialista che del medico di famiglia che quotidianamente si trova a dovere gestire questi soggetti. Fortunatamente oggi abbiamo a disposizione molti farmaci sistemici che appaiono in grado di modificare in maniera radicale il corso della malattia, alcuni di recente introduzione ed altri presenti sul mercato ormai da molti anni come la ciclosporina, la PUVA terapia, i retinoidi ed il metotrexate.

CECCARINI – Per classificare la malattia vengono utilizzate delle apposite scale (una delle più usate è la cosiddetta scala PASI, *Psoriasis Area and Severity Index*) che prendono in considerazione sia l'estensio-

ne delle aree colpite che il grado di gravità locale. A queste se ne associano altre che invece valutano il livello della qualità di vita dei pazienti, estremamente importanti per capire quanto sia profondo il loro disagio sia fisico che psicologico.

CORRADO BLANDIZZI¹, MASSIMO CECCARINI², TORELLO LOTTI³, CARLO MANFREDI⁴, PIERLUIGI TOSI⁵, MAURO UCCI⁶

¹ Associato di Farmacologia all'Università di Pisa

² Primario Dermatologo del Presidio Ospedaliero di Livorno, Az. USL 6

³ Ordinario di Clinica Dermatologica all'Università di Firenze; Presidente della Società Italiana di Dermatologia e Venereologia (SIDEMaST)

⁴ medico di Medicina Generale, Presidente dell'Ordine dei Medici di Massa

⁵ Direttore Sanitario della Asl di Firenze

⁶ medico di Medicina Generale a Firenze, vicesegretario nazionale della FIMMG

TOSCANA MEDICA – Esiste una progressione della malattia che la faccia passare da una fase di scarsa gravità ad altre di impegno clinico ben più serio?

LOTTI – La variabilità in questo campo è estremamente elevata. Esistono infatti forme che rimangono localizzate per tutta la vita in un determinato distretto, come per esempio il gomito ed il ginocchio ed altre invece che continuano periodicamente negli anni a mutare in termini di manifestazioni cliniche e di impegno generalizzato dell'organismo. Questa seconda evenienza, certamente in molti casi legata a caratteristiche intrinseche della malattia, in altri casi viene slatentizzata da eventi esterni come ad esempio l'assunzione di determinati farmaci fra i quali i beta-bloccanti, i sali di Litio, i FANS ed i derivati dell'acido salicilico. Questo tra l'altro spiega la maggiore incidenza della malattia dopo i cinquanta anni di età, nel momento in cui, statisticamente almeno, aumenta il consumo di questi farmaci.

Altre cause di improvviso, talvolta drammatico, peggioramento della psoriasi sono rappresentate da infezioni acute, ad esempio una localizzazione streptococcica del cavo orale, una esposizione ai raggi solari che nel 7% dei pazienti provoca un aggravamento sensibile della malattia e situazioni di forte stress psico-emotivo.

TOSCANA MEDICA – Dottor Ucci, la psoriasi, almeno nelle forme più lievi, può essere diagnosticata e curata dal medico di famiglia e quando invece si deve ricorrere allo specialista?

UCCI – Purtroppo fino a non molto tempo fa era opinione abbastanza diffusa considerare la psoriasi una

PARTECIPANO

Corrado
BlandizziMassimo
CeccariniTorello
LottiCarlo
ManfrediPierluigi
TosiMauro
Ucci

“malattia delle persone sane”, quasi mai grave, con la quale i pazienti dovevano giocoforza imparare a convivere in maniera più o meno soddisfacente. Questo ovviamente condizionava una importante sottovalutazione della condizione patologica che finiva in molti casi per non vedere riconosciuta e quindi adeguatamente trattata la sua reale valenza clinica. Oggi fortunatamente le cose sono cambiate e molta attenzione viene dedicata anche a livello di Medicina Generale soprattutto al danno d'organo causato dalla psoriasi. Credo pertanto che la collaborazione tra medico di base e specialista sia davvero di fondamentale importanza al fine di prevenire le complicazioni e riuscire a bloccare con l'armamentario terapeutico oggi disponibile l'evoluzione della malattia.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono le moderne teorie eziopatogenetiche della psoriasi?*

LOTTI – L'interpretazione eziopatogenetica della psoriasi si è profondamente modificata nel corso degli ultimi venti anni quando si pensava che alla base della malattia ci fosse solo un errore nel meccanismo di replicazione dei cheratinociti che effettivamente

in questi pazienti presentano un accelerato tempo di rinnovamento quantizzabile in 3-4 giorni contro i 28 circa della cute normale: questo porta alla formazione dell'elemento morfologico caratteristico della malattia rappresentato dalla squama.

Già da qualche anno la teoria eziopatogenetica epidermica ha però lasciato il posto a numerose evidenze che chiaramente dimostrano che la malattia “nasce” dal derma coinvolgendo in particolare i linfociti TH 1 e TH 17. Queste cellule, in seguito all'incontro con antigeni in gran parte ancora sconosciuti anche se probabilmente antigeni endogeni e peptidi microbici, vengono indotte a produrre grandi quantità di sostanze quali il Tumor Necrosis Factor alfa (TNF- α), le interleuchine 2, 17, 12, 23 e molte altre citochine che finiscono per provocare sia l'impegno epidermico della malattia che tutti i suoi svariati danni di organi ed apparati, dalle articolazioni all'apparato cardiovascolare al tessuto osseo. Proprio le interleuchine 12 e 23, secondo studi recenti, sarebbero anche responsabili dell'aumento di osteoporosi nei maschi affetti da psoriasi, statisticamente significativo rispetto a quanto avviene nella popolazione femminile.

Ancora però non sono state del tutto ben chiarite quali siano le cause genetiche esatte che sono alla base di questo disturbo del sistema immunitario dei pazienti psoriasici, anche se alcune alterazioni sono state descritte sui vari cromosomi. Probabilmente la psoriasi è una malattia poligenica ed i soggetti affetti hanno ereditato più che altro un certo “habitus psoriasico” in grado di slatentizzare la condizione in presenza di determinati stimoli, detti “triggers”.

Oggi l'attenzione maggiore viene riservata non tanto e non solo all'interessamento cutaneo quanto piuttosto a tutte quelle situazioni cliniche che potrebbero sviluppare più o meno importanti comorbidità quali ad esempio l'artrite psoriasica (38%), la sindrome metabolica (30-40%), la comorbidità cardiovascolare (Figura 1).

TOSCANA MEDICA – *La componente psicologica ha un suo ruolo nell'eziopatogenesi della psoriasi?*

CECCARINI – Il vissuto del malato psoriasico è certamente drammatico, quasi sempre sottovalutato da chi non è colpito dalla malattia e molto spesso anche dagli stessi medici. Si tratta di persone che in moltissimi casi vivono una condizione perenne di alienazione dalla società, di estromissione da qualsiasi ambito sociale anche in campo lavorativo (alcuni pazienti riferiscono addirittura di non potere neppure fare la doccia insieme ai compagni di lavoro o di sport), con enormi problematiche di carattere sessuale quando la malattia si sia localizzata anche agli organi genitali. Il malato arriva a vergognarsi così tanto della propria situazione da non confidarla neppure al medico curante e per questo di fondamentale importanza appaiono tutte quelle iniziative delle associazioni di malati e parenti che aiutano i pazienti a convivere al meglio con la malattia. Da non dimenticare inoltre

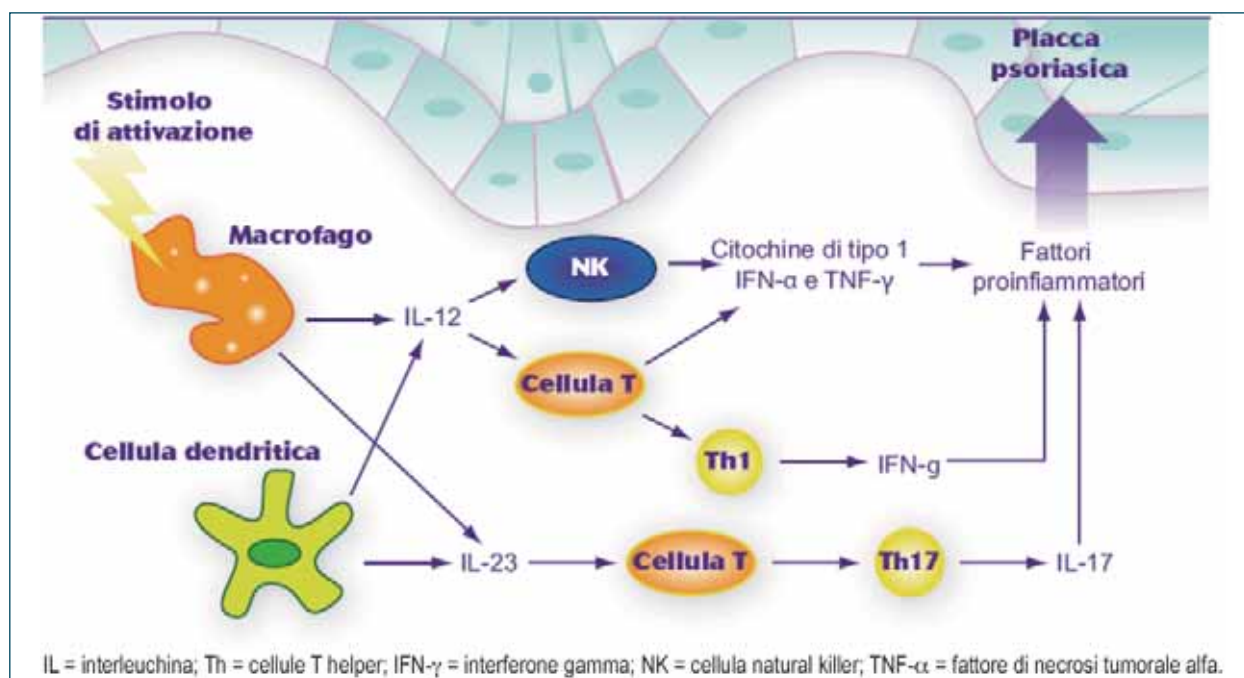


Figura 1 - Cellule T e citochine nella patogenesi della psoriasi. Le cellule dendritiche e i macrofagi, rilasciano le citochine IL-12 e IL-23, che attivano la differenziazione delle cellule Th in cellule Th 1 e Th 17. A loro volta, queste cellule rilasciano fattori proinfiammatori che mantengono l'infiammazione e determinano la proliferazione di cheratinociti e cellule endoteliali.

che uno dei problemi più importanti che queste persone affrontano quotidianamente è quello di convincere le persone che incontrano che la loro malattia non è assolutamente contagiosa.

I medici, sia quelli di famiglia che gli specialisti, devono ad ogni livello rafforzare questo ultimo concetto, ricordando sempre che la psoriasi non è una malattia psicosomatica, nonostante le pesanti implicazioni psicologiche che comporta. In altre parole la componente psicologica può spesso rappresentare un elemento scatenante la malattia ma non certo deve esserne considerata la causa.

UCCI – È vero che molti pazienti si vergognano di mostrare le proprie lesioni anche al medico, soprattutto quando sono localizzate all'area dei genitali esterni. Siamo di fronte a soggetti quasi invariabilmente affetti da forme medio-gravi di depressione che, come spesso riportano soprattutto le casistiche dell'Europa del nord, possono arrivare a compiere atti autolesionistici o addirittura il suicidio.

TOSCANA MEDICA – *In termini di terapia come si affronta oggi la psoriasi?*

BLANDIZZI – La terapia farmacologica è indicata soprattutto nelle forme da moderate a gravi e si basa sull'impiego di tre classi principali di farmaci: i corticosteroidi (per via topica o sistemica), la vitamina D ed i suoi analoghi, ed i retinoidi quali il ditranolo ed il tazarotene per via topica oppure, nelle forme più gravi, orale. In questi ultimi casi si impiegano anche gli immunosoppressori ad azione sistemica, come il metotrexate e la ciclosporina, nonché la fotochemioterapia basata sull'impiego dello psoralene e dei rag-

gi ultravioletti di tipo A.

Recentemente anche nella terapia della psoriasi sono stati introdotti i cosiddetti farmaci biologici. Questi comprendono i farmaci ad azione anti-TNF- α , quali l'infliximab, l'adalimumab e l'etanercept, e lo ustekinumab, dotato di attività anti-interleuchina 12 e 23.

TOSCANA MEDICA – *Di quali altre armi dispone l'armamentario farmaceutico contro la psoriasi?*

LOTTI – In linea di massima si può dire che circa il 70% dei pazienti affetti da psoriasi non ha bisogno di ricorrere a terapie per via sistemica, riuscendo a controllare molto bene la malattia con creme e shampoo specifici, con il ricorso alle terme, soprattutto quelle sulfuree e calcio-carbonato-ferrose ed alla elio- e tlassoterapia. Nel restante 30% dei casi vanno prese in considerazione, oltre all'interessamento cutaneo, anche e soprattutto le aspettative di vita e di cura del malato. Una forma infatti localizzata ad esempio solo alle mani, quindi estremamente visibile, oppure ai genitali esterni, può creare una tale situazione di disagio nella persona colpita da dovere necessariamente scegliere strategie terapeutiche di impegno maggiore e sistemico, quali quelle ricordate in precedenza dal prof. Blandizzi.

Ovviamente trattandosi di malattie a decorso cronico, con fasi di recrudescenza e di remissione, è molto difficile ottenere una buona compliance in termini di adesione alla terapia da parte dei pazienti. Per questo in questo campo molto frequente appare il ricorso a terapie alternative, spesso non suffragate da dati di "evidence based medicine" come la fitoterapia, i fiori di Bach, l'aromaterapia, l'agopuntura, le

diete estreme, il lavaggio periodico del colon al fine di ridurre la carica batterica ed altro ancora.

In Toscana abbiamo un po' più di 100.000 soggetti affetti da psoriasi, dei quali il 70% controlla bene la malattia con la sola terapia topica. Circa 30.000 persone hanno invece bisogno di terapie sistemiche, soprattutto a base di PUVA o UVB a banda stretta, metotrexate, retinoidi e ciclosporina, quest'ultima tra l'altro impiegata in quantità molto maggiore rispetto a quanto avviene in Nord America e Canada. Soltanto qualche migliaio di ammalati nella nostra Regione necessita invece dei farmaci biologici.

TOSCANA MEDICA – *Parliamo proprio dei farmaci biologici, in termini sia di specificità farmacologica che di efficacia clinica.*

BLANDIZZI – Sostanzialmente disponiamo di due categorie di farmaci biologici: quelli che con meccanismi d'azione simili, ma non identici, interferiscono con le funzioni del TNF- α (infliximab, adalimumab, etanercept) ed altri che presentano attività farmacologiche differenti come ustekinumab, in fase di commercializzazione.

In particolare, è opportuno precisare che l'infliximab è un anticorpo monoclonale chimerico contenente frammenti proteici murini che agisce sia sul TNF- α circolante che su quello espresso a livello di superficie cellulare. Adalimumab, sostanzialmente simile come meccanismo di azione, è invece un anticorpo monoclonale completamente umano, con tutto quello che ciò comporta soprattutto in termini di sicurezza di impiego. Etanercept è invece una molecola concepita in maniera completamente diversa, essendo una proteina di fusione umana composta da due frazioni molecolari, la frazione FC che troviamo negli anticorpi e la proteina P75 che agisce da recettore del TNF- α , soprattutto della sua forma solubile (ovvero circolante).

Lo ustekinumab, anticorpo monoclonale completamente umano, presenta un meccanismo di azione differente rispetto ai farmaci suddetti. Come è stato prima ricordato, nella patogenesi della psoriasi molta importanza viene attribuita alle interleuchine 12 e 23 implicate nei meccanismi di risposta immunitaria legati all'attività dei linfociti TH 1. Queste due classi di interleuchine hanno una subunità in comune, la proteina P40, che rappresenta il bersaglio dello ustekinumab. Questa molecola è quindi in grado di intervenire efficacemente e in maniera specifica sulla via eziopatogenetica della psoriasi, spiegando la sua azione in modo più selettivo rispetto agli antagonisti del TNF- α .

TOSCANA MEDICA – *Quali sono i pazienti ai quali proporre questo approccio terapeutico valutando efficacia e profilo di sicurezza?*

LOTTI – La terapia con i farmaci biologici, per via sottocutanea o endovenosa, deve essere proposta a pazienti con forme gravi di psoriasi, soggetti cioè con

elevati punteggi nelle scale di valutazione clinica come gli indici PASI (*Psoriasis Area Severity Index*) o PGA (*Physician Global Assessment*), la cui condizione non è risultata gestibile con almeno due dei farmaci "tradizionali" ricordati in precedenza somministrati per via sistemica. Si tratta ovviamente di terapie condotte con meccanismi di controllo molto severi, seguendo le indicazioni elaborate dall'AIFA e riservate a soggetti accuratamente selezionati.

Il piano clinico di sviluppo dei biologici ha mostrato che, nei pazienti che soffrono di psoriasi a placche da moderata a severa, questi sono farmaci efficaci nell'indurre la remissione della psoriasi con un ragionevole rapporto beneficio-rischio.

Infatti non bisogna dimenticare che, in termini di effetti indesiderati, gli anti TNF- α possono ridurre i meccanismi di difesa contro alcune malattie infettive. Per gli anti TNF- α è segnalato il rischio potenziale di esporre il paziente ad infezioni granulomatose come la tubercolosi che infatti in questi malati si potrebbe presentare con relativa facilità. Un altro aspetto da tenere in grande considerazione è rappresentato dalla potenziale comparsa di neoplasie legate all'azione delle molecole con azione anti TNF- α .

In linea di massima si può dire comunque che il profilo di sicurezza di queste molecole è sostanzialmente molto alto. Osservazioni infatti ormai di lunga durata (l'infliximab è stato introdotto in terapia fin dal 1982) hanno dimostrato che la comparsa di malattie infettive o di neoplasie nei soggetti trattati ha presentato solo un modestissimo incremento, per alcuni esperti trascurabile rispetto ai molti vantaggi della cura.

MANFREDI – I farmaci biologici possono essere associati anche a gravi infezioni e sepsi diverse dalla recrudescenza di una tubercolosi latente e di altre malattie granulomatose. Per quanto riguarda gli anti TNF- α essi aumentano il rischio potenziale di linfoma, di reazioni ematologiche (ad esempio pancitopenia e anemia aplastica), di sindrome lupus-like, di disordini demielinizzanti, di convulsioni e di insufficienza cardiaca di nuova insorgenza o di peggioramento d'insufficienza cardiaca avanzata. Inoltre è bene ricordare che efalizumab, un anticorpo monoclonale che si lega ad antigeni cellulari dei linfociti T interferendo con la loro attivazione e migrazione, è stato recentemente ritirato dal commercio a seguito della segnalazione in Europa di 3 casi (di cui 2 mortali) di leucoencefalopatia multifocale progressiva nel corso di trattamenti di lunga durata. Efalizumab è associato a un'alterata migrazione nel SNC dei T linfociti e a una linfopenia che favoriscono l'infezione da poliovirus, l'agente che causa la leucoencefalopatia multifocale progressiva. A livello mondiale i pazienti trattati con efalizumab erano circa 46.000. Questo dato conferma che alcune reazioni avverse si evidenziano solo dopo l'esposizione di un numero elevato di pazienti. Occorre quindi prendere in considerazione la relativa scarsa conoscenza del profilo di rischio beneficio delle molecole di nuova introduzione.

CECCARINI – Attualmente il profilo di sicurezza dei farmaci biologici in Italia viene monitorato in maniera molto efficace attraverso il progetto “Psocare” che, gestito a livello centrale, riesce ad uniformare i dati provenienti da casistiche ridotte, come possono essere quelle regionali, permettendo l’elaborazione di valutazioni statisticamente attendibili.

Anche in Italia stiamo aspettando l’arrivo di ustekinumab per le sue potenzialità in termini di sicurezza e di ridotta insorgenza di effetti avversi come mostrato dai dati degli studi clinici ad oggi disponibili. Considerata la posologia di 4 iniezioni sottocute l’anno, questo farmaco avrà una buona compliance da parte dei pazienti.

Anche se il costo dei biologici è in linea di massima molto elevato, non bisogna tuttavia dimenticare che essi sono in grado di influire positivamente su altri capitoli di spesa come ad esempio il costo indiretto legato alla riduzione del numero di giornate lavorative perse oppure del rischio di morte per evento cardiovascolare, notoriamente doppio negli psoriasici rispetto ai non malati.

MANFREDI – Prima della immissione in commercio di nuovi farmaci biologici “innovativi” la ricerca segue i percorsi tradizionali che prevedono studi clinici di dimensioni limitate, di breve durata e controllati con placebo. Sarebbe invece auspicabile la registrazione di nuovi farmaci per la psoriasi solo nel caso di dimostrata superiorità rispetto alle molecole già in uso. Gli studi di confronto con placebo, per quanto richiesti dall’EMA per dimostrare sicurezza ed efficacia di un nuovo principio attivo, pongono dei problemi etici poiché al paziente del braccio placebo viene negata una terapia di efficacia validata. Si tratta di una situazione inaccettabile dal punto di vista etico e deontologico. Lo sviluppo accelerato dei farmaci biologici lascia peraltro ampie aree d’incertezza sul versante efficacia e sicurezza a lungo termine. Sono, infatti, scarse le informazioni disponibili sulla durata ottimale del trattamento, sui tassi di insorgenza di tachifilassi, sugli eventuali fenomeni rebound alla sospensione, sul rischio di infezioni e su quello oncologico. Mancano inoltre dati sulla utilità ed efficacia di eventuali strategie di associazione con altri farmaci sistemici. In presenza di dati preliminari o ancora scarsi, è pertanto necessario essere cauti nell’impiego di nuovi farmaci biologici attivi sulla psoriasi.

TOSCANA MEDICA – *Il costo dei farmaci biologici è quindi molto alto e questo porta inevitabilmente a considerare la questione dell’appropriatezza, al fine di garantire un accesso in termini complessivi il più corretto possibile a queste terapie.*

TOSI – L’impiego di questi farmaci è regolamentato a livello centrale con apposite disposizioni ministeriali che di fatto finiscono per scavalcare il reale potere di controllo delle singole Aziende. Si tratta di un atteggiamento in fondo condivisibile perché siamo di fronte a cifre veramente ragguardevoli. Prendiamo

ad esempio la nostra Regione. Il prof. Lotti prima stimava in circa 5.000 il numero di soggetti psoriasici toscani necessitanti la terapia con i farmaci biologici, ad un costo medio di circa 10.000 Euro annui ed un impegno di spesa di 50 milioni all’anno. La ASL di Firenze, rappresentante il 25% della Toscana, secondo questi calcoli, dovrebbe quindi spendere circa 13 milioni di Euro in un anno per curare poche centinaia di persone anche se questa cifra ad onore del vero è fortunatamente ben lontana dalla realtà.

Trattandosi comunque sempre di spese molto importanti, dal punto di vista gestionale è importante cercare di mettere in pratica interventi tesi sia a reperire risorse che a risparmiare dove sia possibile visto che il fondo sanitario a disposizione è predeterminato e pertanto praticamente “inestensibile”.

È ovvio che se questi farmaci realmente funzionano e riescono a fare tutto quello che da loro ci si aspetta, come amministratore pubblico non ho difficoltà a “comprarli”, naturalmente dopo avere messo in pratica tutte le necessarie valutazioni

Tra l’altro, essendomi occupato come nefrologo dal 1992 al 1998 di trapianti renali, ho avuto modo di usare anche io i farmaci biologici, senza dubbio con modalità e posologie diverse da quelle attuali e devo dire che a quel tempo la comparsa di malattie infettive e tumori non era poi così rara.

LOTTI – Qualche nota di farmacoeconomia. Prima dell’avvento dei farmaci biologici, il costo annuale per la cura di uno psoriasico di media-elevata gravità oscillava dai 9.000 ai 15.000 dollari, lievitato oggi da 12.000 a 25.000 dollari all’anno. Si tratta di un ovvio rincaro, che però a mio parere, non deve essere considerato più di tanto preoccupante nel bilancio di ospedali ed Asl, visto che il numero di soggetti affetti da psoriasi che richiedono questi farmaci continua ad essere veramente limitato.

Quello che invece mi sembra degno della massima attenzione è l’impegno di spesa che devono affrontare i malati che per loro fortuna non hanno bisogno di farmaci biologici (forniti gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale) i quali si devono pagare di tasca propria creme, unguenti, shampoo e molti dei farmaci “tradizionali” per uso sistemico. Sono cifre davvero molto alte.

Nei casi più gravi io credo che il ricorso ai biologici, seppure di costo assai elevato, riesca in qualche misura a compensare anche i costi indiretti della malattia, in termini ad esempio di riduzione delle giornate di lavoro perse o di quelle di ospedalizzazione, ed i cosiddetti danni intangibili.

Io sono poi convinto che in ultima analisi sia il medico a dovere decidere, con il paziente, e secondo scienza e coscienza, quale terapia seguire, senza farsi ammaliare dalle novità abbandonando così approcci di riconosciuta efficacia. Nel 2008, tanto per fare un esempio, l’Unità Operativa da me diretta ha effettuato 16.220 prestazioni di fototerapia in malati con psoriasi: una terapia antica, efficace, gradita e sicuramente non costosa.

UCCI – Anche nel campo della psoriasi, alla luce degli interventi che abbiamo ascoltato finora, credo si possa tranquillamente sostenere che le spese per una determinata terapia non sono mai eccessive quando venga rispettato al massimo il criterio della appropriatezza nella allocazione delle risorse disponibili.

TOSI – Considerando la “non estensibilità” del fondo sanitario e cercando di valorizzare al massimo i comportamenti virtuosi come, ad esempio, il sempre più frequente ricorso ai farmaci a brevetto scaduto, credo che la lapidaria affermazione del dottor Ucci sia del tutto condivisibile.

Attualità di una antica patologia

ANTONIO PANTI

La psoriasi, nelle sue diverse forme, lieve, moderata e severa, colpisce, si calcola, circa il 3% della popolazione; quasi 2 milioni di persone in Italia. Ma l'importanza della patologia non sta soltanto nella prevalenza epidemiologica ma nel fatto che, se vi sono forme che rimangono lievi e con frequenti remissioni per tutta la vita, ve ne sono molte altre che assumono una gravità assai maggiore.

Inoltre alcuni casi limitano il loro impegno alla cute, mentre altri si accompagnano ad un interessamento articolare, la cosiddetta artropatia psoriasica, che negli ultimi decenni viene diagnosticata sempre più frequentemente. Infine la psoriasi si accompagna in modo statisticamente significativo alla sindrome metabolica. A questo quadro così complesso, si aggiunge la frequente concomitanza con una sintomatologia francamente depressiva.

In effetti, al di là dei rapporti tra psoriasi e stress, considerato un fattore scatenante, il vissuto di questi pazienti è particolarmente sofferto perché anche forme lievi possono colpire parti del corpo esposte o l'apparato genitale, rendendo più difficile la vita a chi ne è colpito, sia per un senso di vergogna sia per un ancestrale timore che le patologie cutanee siano contagiose. In conclusione una patologia di grande rilevanza clinica e sociale, molto più seria di quella “malattia delle persone sane”, come è stata sempre considerata.

Negli ultimi tempi si sono approfondite le conoscenze sull'etiopatogenesi della psoriasi in connessione anche con le innovazioni terapeutiche che, appunto, tentano di agire proprio sui fattori provocanti la malattia. Come tutte le patologie ad etiogenesi poco conosciuta e che, anche se curate, tendono a ricomparire, la psoriasi è stata affrontata nei più diversi modi, dalle più efficaci terapie farmacologiche a quelle termali, alle cure marine, l'antica talassoterapia, alla

fototerapia, alle più disparate terapie non convenzionali. Nelle forme lievi i farmaci topici sono generalmente sufficienti, mentre in quelle moderate occorre associare anche terapie sistemiche, fondamentalmente cortisonici, retinoidi e immunosoppressori.

Seguendo un calcolo forse approssimativo ma realistico, si può affermare che il 70% dei casi siano trattabili con terapie locali, il rimanente con terapie sistemiche. Tuttavia vi è una percentuale di pazienti, valutabile intorno al 5%, affetti da forme gravi, sistemiche o pustolose, che da qualche anno possono essere meglio affrontate con i cosiddetti farmaci biologici. Questi farmaci, frutto della moderna ricerca, non sono tutti uguali riguardo all'efficacia e alla sicurezza. Gli ultimi immessi in commercio, che agiscono sul sistema delle interleukine, sono estremamente interessanti perché per la prima volta è possibile fare un confronto tra due farmaci biologici, anche attraverso uno studio di confronto diretto recentemente pubblicato. L'efficacia di Ustekinumab insieme alla modalità di somministrazione (4 iniezioni sottocute l'anno) offrono un'altra arma terapeutica contro la psoriasi. Il costo di questi farmaci è rilevante, oltre 10 mila euro l'anno. Tuttavia il rapporto tra costi e benefici sembra, a detta degli esperti, favorevole, assommando il costo delle altre terapie a quello delle giornate di assenza da lavoro. Non solo, ma la maggiore efficacia di questi trattamenti non può essere trascurata di fronte a situazioni particolarmente gravi.

In conclusione, questo è un caso paradigmatico di una situazione sempre più frequente in medicina e che impegna i clinici a seguire la via della appropriatezza sia individuando il target corretto dei pazienti eligibili al trattamento sia utilizzando i farmaci che possono garantire concretamente, anche quando non si ottiene la guarigione, un miglioramento della qualità della vita di questi pazienti. **TM**



La necessità di insegnare la medicina generale da parte dei medici

La medicina generale ha bisogno di interventi fondamentali che la rendano parte integrata del SSN, che superino l'isolamento individuale del professionista e che definiscano gli elementi strutturali necessari al suo esercizio.

La medicina generale “manca” di un contenitore simile a quello che hanno le altre specialità (Dipartimento) e dei relativi finanziamenti; di una specialità nella quale sia possibile rendere visibile la propria autonoma conoscenza; di un “luogo/contesto” per produrre conoscenze partendo dall’analisi della continua attività assistenziale.

Tuttavia, nel mutato scenario sociale, politico, demografico e culturale del XXI secolo, la medicina generale è chiamata ad una profonda riorganizzazione e ad una responsabilizzazione sulla “presa in carico della persona che passi dall’ascolto del problema e all’accompagnamento”, finalizzata al miglioramento dello stato di salute, e non solo alla risoluzione dello specifico problema presentato.

In tutti gli Stati europei sono state escogitate forme – ancorché diverse – di intervento del potere pubblico al fine di assicurare maggiore «equità» nell’uso dei servizi sanitari. Questo atteggiamento deriva da una considerazione di giustizia sociale (che si richiama al concetto del-

la giustizia distributiva), e che le forme socialmente più avanzate della democrazia europea hanno, sino ad ora, considerato irrinunciabile e da conseguire anche con l’intervento dello Stato.

Che cosa vuole il cittadino?

1. Un vero progetto sanitario del medico responsabile della sua cura.
2. Un’assistenza che offra continuità delle cure, flessibilità, integrazione e facilità di accesso.
3. Il potenziamento del suo ruolo di protagonista delle scelte.

SAFFI ETTORE GIUSTINI

Medico di medicina generale, Pistoia

Modificare la collocazione nel sistema

- Diritti e doveri
- Parasubordinazione
- Ruolo prof.le della MG

LA RINASCITA DELLA MG. GLI OBIETTIVI

- Certi e costanti nel tempo
- Definizione chiara dell'attuale stato giuridico
- Certo e intangibile come disciplina specifica

Fonte FIMMG



Fonte FIMMG

E quali i bisogni della medicina generale, di fronte a scenari così profondamente cambiati?

1. Garantire continuità delle cure.
2. Offrire alti livelli di flessibilità e adattabilità ai sistemi sanitari locali.
3. Maggiore possibilità di governo dei percorsi di diagnosi e cura.
4. Favorire l'aggregazione.

E le necessità del Servizio?

1. Un'integrazione sinergica tra servizi ospedalieri e medicina generale.
2. Sistema di valutazione.
3. Reingegnerizzazione degli interventi.
4. Introduzione sistema di qualità.
5. Riorientamento delle risorse ad un uso più efficace.

Ma se è facile continuare nell'antico sistema, quello di gestire il territorio fissando dei tetti di spesa per restare dentro "il budget", deospedalizzare e gestire la spesa della farmaceutica territoriale senza mai valutare esiti clinici, da un paio di anni l'idea di una "Rifondazione teorica e pratica della medicina generale" ha assunto i connotati non solo di documenti sindacali e professionali, ma di atti di "governo tendenti ad un'area omogenea della medicina generale".

In breve definire **funzioni e ruoli** certi della medicina generale e costruire il modello di relazioni adatto e gli elementi strutturali necessari (logistici, tecnologici e di risorse umane, ecc.) alla sua realizzazione, che permettano di influenzare/governare il complesso meccanismo di erogazione delle prestazioni sanitarie.

I CAMBIAMENTI?

L'ospedale diventa sede di concentrazione delle tecnologie complesse e di interventi diagno-

stici di complessità elevata.

Il Territorio riacquista la sua naturale funzione educativa e preventiva, di gestione anche organizzativa delle pluripatologie croniche e degli stati di non autosufficienza, andando a costituire anche strutturalmente il punto di prima accoglienza dei problemi della popolazione e eseguendone un filtro.

L'Unità di medicina generale (UMG): è l'unità organizzativa ed erogativa dell'assistenza territoriale.

Caratteristiche ipotetiche a scopo esemplificativo:

1. Costituite indicativamente da: 20-25 medici di medicina generale (15-20 medici di A.P. e 4-6 a esclusivo o prevalente rapporto orario) assistono una popolazione di 20-25.000 cittadini (a seconda del contesto orogeografico e della programmazione).
2. Assicurano attività oraria e/o capitaria per garantire un'assistenza di 10-12h ambulatoriali e 24h domiciliari.
3. Non ha necessariamente personalità giuridica.
4. I medici di medicina generale hanno la possibilità di esercitare sia in una sede unica che in studi diversi, compreso il proprio.

I cambiamenti?

- Sviluppare un "approccio olistico (nelle dimensioni biomediche, psicologiche, sociali, culturali ed esistenziali)".
- Integrarsi con altre figure professionali nell'assistenza, soprattutto ai pazienti cronici e "fragili".

In questo faticoso percorso un ruolo decisivo sarà quello che si svolgerà nel corso di Laurea in medicina.

Determinante perché se agli studenti (IV e V anno) non sarà insegnata la professione della “medicina generale” e i relativi assetti organizzativi con i loro “**nuovi fondamenti culturali**”, il sistema sanitario non potrà avere dei laureati in grado di comprendere e scegliere la “sfida dei prossimi anni”. Ma soprattutto saranno i cittadini di domani a subirne le conseguenze.

Nel settembre 2006 il *New England Journal of Medicine*, in un articolo dal titolo «Le cure primarie: sopravvivranno?», notava che dal 1998 ad oggi la percentuale degli studenti di medicina che intende fare il generalista è crollata da oltre il 50 a meno del 20 per cento.

Se come cittadini, prima ancora che come operatori sanitari, vogliamo continuare a godere del privilegio di avere un medico che ci conosce e ci segue nel tempo, e che ci difende dagli eccessi di una pericolosa medicalizzazione, dobbiamo pretendere che si investa seriamente su questa professione, fin dalla formazione universitaria.

La specificità della medicina generale come disciplina autonoma è ancora più rafforzata dai rischi della medicina specialistica, parcellizzante, e di una persuasiva e invasiva tecnologia.

Nel contesto della medicina generale abbiamo ormai un'altissima prevalenza di patologie ad andamento cronico: elevatissima prevalenza associata con l'invecchiamento pone già da oggi problemi di Etica e di uso delle risorse, in relazione all'alto costo sociale per inabilità temporanea e permanente di molti cittadini.

Assistiamo ad un elevato uso di risorse per una diagnostica ad alto rischio di inappropriata e a una grande variabilità dei percorsi diagnostici e di cura (quanto indotta da carenza di forza e di autorevolezza ...) che solo la medicina generale, in

una visione integrata e completa delle “storie” dei pazienti, è in grado di limitare.

Occorre rapidamente **insegnare** “dal vivo” e in maniera strutturata una medicina centrata sul paziente, con la sua storia ed il suo vissuto di malattia, sfruttando la relazione come strumento di assistenza.

Molta medicina “hi-tech” ha un'efficacia, e talvolta anche un'efficienza, scarsa, se valutata sulla base delle prove di efficacia.

Occorre **insegnare** che la medicina generale se pur povera di tecnologia, ha il fine di “prenderci cura”, cioè di ascoltare, valutare e comprendere stati d'animo, preoccupazioni, aspettative e vissuto di malattia ricco di credenze e teorie personalizzate; soppesare i contesti (famiglia, lavoro, ambiente socio-culturale); comprendere il ruolo del disturbo in questo insieme e la percezione di salute, di malattia, di cura; decodificare i disturbi presentati; non essere “ordinativa”, ma proporre e concordare obiettivi di salute raggiungibili condividendo e negoziando progetti di cura responsabilizzando il cittadino.

Se l'EBM è necessaria per offrire risposte affidabili, fondate su un'analisi e su una verifica della loro validità, la medicina centrata sul paziente non si contrappone a questo, ma ha la necessità di non appiattire la cura del singolo individuo a “misure basate sulle probabilità” ... (quali informazioni sono trasferibili al malato? Quali misure di efficacia? Quali end point? Quanti end-point surrogati?). Anche di questo esiste la necessità di un insegnamento non episodico e sostanziale.

Da tutto questo deriva che l'insegnamento della medicina generale a livello universitario è diventato una necessità improrogabile sia per il Sistema Sanitario Nazionale che per le Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Nel corso di questi anni attraverso l'attiva e volontaria collaborazione di medici di medicina generale, presso la Facoltà sono state attivate varie attività didattiche riguardanti l'attività tutoriale a favore degli abilitandi e degli studenti al 5° anno, un ciclo di lezioni sulla metodologia delle Cure Primarie al 3° ed al 6° anno di corso di Laurea in medicina e chirurgia, nonché una serie di Attività Didattiche Elettive all'interno dello stesso corso di laurea. E compiti equivalenti sono previsti anche per gli altri Corsi di Laurea afferenti alla Facoltà.

TM

EBM oggi

**Una prospettiva dall'esterno degli EBMersTM:
5 componenti delle decisioni cliniche (1)**

1. Le “evidenze” dalla ricerca scientifica (RCT)
2. L'esperienza clinica, personale e di colleghi più esperti
3. Conoscenze di fisiopatologia, nosografia, farmacologia clinica
4. Caratteristiche e preferenze del/della paziente
5. Contesto ambientale, “setting”: risorse sanitarie e tecnologiche, background professionale e culturale

1. Tonelli MR. J Eval Clin Pract 2006; 12: 248-56
12

Fonte L. Pagliaro

La valutazione di qualità in medicina generale

La valutazione della pratica professionale è sempre più al centro dell'attenzione anche in medicina generale (MG), sia al fine di migliorare la prassi, sia per favorire lo sviluppo di una cultura di *accountability*, basata su modalità assistenziali verificabili e rendicontabili, in funzione del raggiungimento di prefissati obiettivi di salute. La valutazione di qualità è inoltre utile come stimolo per progetti di ricerca e come strumento formativo.

Gli indicatori di performance clinica: necessari ma non sufficienti

Nell'ultimo contratto dei *General Practitioners (GPs)* inglesi si è affermato per la prima volta che un sistema sanitario deve essere fondato sulla qualità delle cure fornite. Ciò ha spinto anche i medici di famiglia italiani a nuove riflessioni sulla qualità dell'attività professionale. Tuttavia, il modo di intendere la qualità nel contratto dei *GPs* è accettabile solo in parte: vengono infatti proposti prevalentemente indicatori clinici, fortemente orientati alla patologia, mentre assumono minore rilievo componenti più specifiche della medicina generale. Ad esempio, nel contratto inglese, la

qualità della gestione dell'ipertensione arteriosa viene valutata sulla base di criteri e standard non differenti da quelli che dovrebbe utilizzare uno specialista cardiologo o internista (vedi Figura 1).

Gli indicatori inoltre non sono la qualità:

la indicano, per definizione, in quanto variabili in grado di valutare efficacemente i livelli di performance raggiunti, ma, essendo predefiniti, possono perdere la funzione di testimoni a posteriori della qualità raggiunta, trasformandosi negli unici obiettivi da perseguire. Il legame tra indicatori e qualità è infatti bidirezionale: gli indicatori permettono di misurarla ma indicano anche la tipologia di qualità che si vuole raggiungere, cioè i valori di riferimento in quell'ambito. Gli indicatori clinici derivano da linee guida e trial controllati e randomizzati, condotti in contesti specialistici, su popolazioni selezionate, da medici selezionati. La conoscenza basata su tali studi viene costruita mediante semplificazioni "sterilizzando" le variabili individuali e contestuali allo scopo di bilanciarle per ottenerne una influenza media. Nel prendere decisioni di natura terapeutica, il medico di medicina generale deve invece prestare attenzione ai singoli pazienti, basarsi anche su fattori non clini-

GIAMPAOLO COLLECCHIA

Medico di Medicina Generale, Massa

Hypertension

All minimum thresholds are 25%

Indicator	Points	Maximum threshold
Records		
BP 1. The practice can produce a register of patients with established hypertension	9	
Diagnosis and initial management		
BP 2. The percentage of patients with hypertension whose notes record smoking status at least once	10	90%
BP 3. The percentage of patients with hypertension who smoke, whose notes contain a record that smoking cessation advice has been offered at least once	10	90%
Ongoing Management		
BP 4. The percentage of patients with hypertension in which there is a record of the blood pressure in the past 9 months	20	90%
BP 5. The percentage of patients with hypertension in whom the last blood pressure (measured in last 9 months) is 150/90 or less	56	70%

Figura 1 - Indicatori e standard utilizzati nel contratto dei GPs per l'ipertensione arteriosa

ci, confrontarsi con le numerose variabili che possono condizionare le scelte terapeutiche. Si tratta di passare dall'efficacia teorica all'effettività, dai dati oggettivi, preliminari e probabili, ai giudizi soggettivi, condivisi con l'assistito. La cura, "ideale" secondo i dati di letteratura, deve essere giudicata applicabile, le prove pesate su una diversa bilancia dotata di una taratura differente. Per questo la dimostrazione di efficacia di un determinato intervento non determina automaticamente la decisione di utilizzarlo in qualunque contesto. Non implica che esso sia il migliore nel caso specifico, cioè che sia l'intervento giusto al momento giusto, per la persona giusta, o che intervenire, in un caso specifico, sia meglio di non fare nulla, né che il trattamento teoricamente indicato sia riconosciuto tale dal paziente.

Teoricamente i migliori indicatori di qualità sarebbero quelli riguardanti gli esiti clinici, tuttavia in medicina generale sono relativamente rari da osservare, distanti nel tempo, influenzati da molte variabili, talvolta indipendenti dalle cure, pertanto inadatti a monitorare e migliorare la qualità delle cure. Per questo sono generalmente utilizzati gli indicatori di processo e di *performance* che peraltro, pur indispensabili per oggettivare la pratica e favorire l'autovalutazione e la responsabilizzazione dei medici, non esauriscono la "clinica" della medicina generale, il cui sistema valoriale determina una complessità assistenziale non riducibile in *items* misurabili. Tale disciplina si caratterizza infatti per l'integrazione tra il misurabile e ciò che non lo è, identifica e persegue altri obiettivi assistenziali oltre a quelli tradizionalmente adottati in ambito sanitario, valorizza componenti specifiche del suo statuto epistemologico come la consultazione, intesa come processo relazionale, anche (soprattutto) quando si conclude senza prescrizioni. Il "non fatto", così come i "non eventi", fondamento della prevenzione, sono infatti tra gli elementi che meglio defi-

niscono le qualità della medicina generale. Sono aspetti scarsamente oggettivabili ma non per questo non valutabili e descrivibili, pena il rischio di negare la consistenza di molte altre caratteristiche specifiche della medicina di famiglia: l'orientamento alla qualità di vita del paziente, la sua soddisfazione e autonomia, il rapporto di fiducia, il sapiente utilizzo del tempo. Peculiare a questo proposito l'impiego di strategie di lunga durata, talvolta al prezzo di un parziale conflitto con gli stessi risultati clinici, ad esempio nella rinuncia a pratiche che, appropriate in termini strettamente biomedici, potrebbero compromettere la relazione sul lungo periodo con certe tipologie di pazienti. Condividere l'impostazione di una dieta con un diabetico, insegnare l'automisurazione agli ipertesi, favorire l'autogestione, sostenere la capacità di *coping* dei malati cronici e il controllo sulla propria vita, informare in maniera obiettiva le persone sui limiti e i rischi degli screening, favorire scelte qualificate in quanto autonome e consapevoli sono interventi del medico di medicina generale in grado di realizzare una qualità assistenziale che, pur sostanzialmente immateriale, può essere descritta e valutata, ad esempio mediante strumenti utilizzati e validati (vedi Figure 2 e 3).

Molti lavori suggeriscono inoltre che una minore capacità del paziente di occuparsi della propria salute si traduce, oltre che in un utilizzo inappropriato dei servizi sanitari, anche in peggiori esiti. L'orientamento al paziente può dunque ottenere risultati positivi anche in termini di *outcome* clinici.

Conclusioni

Nell'ambito della medicina generale, la qualità delle cure deve essere valutata in funzione dell'orientamento al paziente e ai suoi bisogni, della soddisfazione delle sue esigenze e aspettative. Il processo di coinvolgimento degli assistiti nelle modalità con cui vengono perseguiti gli obiettivi

The Patient enablement instrument				
As a result of your visit to the doctor today do you feel you are	Much better	Better	Same or less	Not applicable
able to cope with life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to understand your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to cope with your illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to keep yourself healthy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Much more	More	Same or less	Not applicable
confident about your health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
able to help yourself?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 2 - The patient enablement instrument (tratto da Howie JGR et al. BMJ, 1999).

Patient enablement instrument

	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Neutrale	Concordo	Concordo fortemente
Sul lavoro sento di avere il controllo di ciò che accade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quello che mi succede nella vita è spesso causato da fattori fuori dal mio controllo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nei prossimi 5-10 anni mi aspetto più esperienze positive che negative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso ho la sensazione di essere trattato male	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi 10 anni ho avuto una vita piena di cambiamenti senza sapere cosa sarebbe successo dopo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho smesso da molto tempo di cercare di realizzare grandi miglioramenti nella mia vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 3 - Questionario sul "locus of control" (tratto da Bobak M et al. Soc Sci Med, 2000).

di salute, è infatti condizione indispensabile per il raggiungimento degli stessi e determinante della qualità. La condivisione delle scelte si colloca in un rapporto di fiducia che si costruisce nel tempo e si basa su attività difficili da oggettivare ma in grado di "indicare" un alto livello di professionalità e di testimoniare indirettamente la qualità delle cure mediante l'integrazione tra *performance* cliniche e competenze specifiche del medico di medicina generale.

Accettare la logica della valutazione è necessa-

rio e auspicabile, per modificare, quando necessario, la propria pratica professionale, naturalmente con la curiosità e le cautele che questo richiede, ad esempio accettando di mettersi nella logica della sperimentazione, inclusa la valutazione dei possibili effetti avversi.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: g.collec@vmail.it

TM

L' "assetto mentale" del medico di medicina generale

Il presente scritto non ha finalità didattiche disquisendo di argomenti noti ai più; possiede casomai un valore di tipo rielaborativo-riassuntivo, atto a sistematizzare in forma più precisa e integrata determinate conoscenze.

Parliamo di un medico dai molti nomi negli anni: generico, di famiglia, mutualista, curante, di base, pratico, di medicina generale a cui potremmo aggiungere "il nostro medico", locuzione usata da certi pazienti e che contiene evidente valenza affettiva. Nomi che sembrano, non a caso, riflettere la molteplicità dei compiti, la diversificata tipologia dei pazienti, la variegata composizione delle funzioni atte a dar corpo ad un ruolo ampio, ricco di sfumature che da

una parte richiede una notevole dose di flessibilità mentale, nonché una discreta tolleranza alla frustrazione, dall'altra è portatore di un'autentica ricchezza.

Il medico di medicina generale è impegnato in compiti di natura esclusivamente intellettuale e il suo lavoro si svolge

all'interno della relazione medico-paziente: in altre parole potremmo quasi dire che è il paziente che dona senso al medico in quello che dovrebbe essere un rapporto di reciproca collaborazione. Ed è il medico che prende in carico il paziente con tutto il suo bagaglio di difficoltà e sofferenza indipendentemente da qualsiasi credo di tipo politico, religioso, culturale, etnico, sessuale, Ippocrate *docet*. È un legame di interdipendenza dove si espe-

BERNARDO BARATTI

Psicologo analista - Psicoterapeuta in Sessuologia
Membro dell'Associazione Internazionale
di Psicologia Analitica

risce una variegata gamma di stati d'animo che compongono uno spettro emotivo assai largo.

Recentemente si è svolto a Modena un interessante congresso dal titolo "Medico cura te stesso" a cura del Movimento che porta il medesimo nome, fondato dal Professor Beniamino Palmieri. Sappiamo bene quanto importanti siano allo svolgimento della professione le buone condizioni di salute, sia fisica sia psichica, del medico, segnatamente al mantenimento di una buona relazione con chi ci sta di fronte che è comunque portatore di un malessere anche se talvolta mascherato da comportamenti, atteggiamenti, sintomi che spesso risultano non facilmente decifrabili. Purtroppo questo tipo di professione è una straordinaria ma anche assai impietosa cartina di tornasole che tende a mettere in luce in modo sufficientemente limpido la personalità del medico. Occorre anche aggiungere che spesso quando esaminiamo, diagnostichiamo, curiamo, siamo a nostra volta esaminati e non di rado 'diagnosticati' e perfino curati.

A tal scopo è opportuno sapere cosa si sente, cosa si pensa, cosa si fa. Ingrediente fondamentale in questo lavoro, che non esiterei a definire delicato, sottile e che talvolta presenta difficoltà quasi insostenibili, è amarlo senza riserve.

È lecito dunque dedurre che avere amore per il proprio lavoro significhi riuscire a pensarlo e a "comprenderlo" fino in fondo. Quali potrebbero essere dunque gli "ingredienti" dell'assetto mentale del medico di medicina generale? Quali le prerogative psicointellettuali secondo un profilo ideale? Profilo ideale inteso come un "tendere verso" ciò che verrà di seguito esplicitato.

È indubbio che il primo elemento indispensabile all'esercizio della professione è la capacità di muoversi con metodo *logico-deduttivo* propria del ragionamento clinico scientifico. Definirei questo l'elemento 'fondante', una sorta di deposito teorico-culturale attorno al quale ruotano gli altri fattori che abitano la mente del medico di medicina generale.

A fare immediatamente da "pendant" allo strumento logico deduttivo sta quello *empatico introspettivo* col quale il professionista entra in risonanza con l'altro e con se stesso. Tutto ciò che ha a che fare con la possibilità di riconoscere le proprie emozioni. Perché quella paziente, ad esempio, mi è così antipatica? Quale potrebbe essere il modo migliore per affrontare quel tipo così difficile? Oppure: perché quest'altra persona riesce ad ottenere da me sempre tutto ciò che chiede?

Da queste semplici domande e da molte altre situazioni di disagio relazionale ne deriva un altro fattore di fondamentale importanza che è *riuscire ad evitare che le proprie componenti meno risolte e più problematiche interferiscano negativamente nel rapporto con l'altro*. Al fine di ridurre tensioni, conflitti, talvolta veri e propri pasticci relazionali. Ancora, prendere coscienza che operiamo attra-

verso una sorta di *bisessualità mentale*, accoglienza e contenimento da una parte, prescrizione guida direzione dall'altra, all'interno di un "setting" strutturato e consolidato. Ed è attraverso l'armoniosa integrazione dei due aspetti che si riesce a costruire un'*alleanza diagnostica* che possa condurci stabilmente a quell'*alleanza terapeutica* che è l'elemento portante di ogni cura che possa andare a buon fine.

Il *desiderio limpido genuino di aiutare l'altro* (ma non il "furor sanandi"!) è un ulteriore elemento che dovrebbe essere presente alla coscienza del medico di medicina generale. Il desiderio possiede una carica progettuale di tipo aperto che avvia in certo senso alla *curiosità intellettuale*. Anche con le persone con le quali si stabiliscono purtroppo modalità di relazione asfittiche, calcificate si dovrebbe essere sempre disposti all'interesse per gli aspetti del mondo dell'altro che non risultano immediatamente visibili. Ben lo sapeva Michael Balint che attraverso i suoi gruppi tentava di far vedere al medico pratico che è sempre possibile in presenza di difficoltà relazionali mutare il vertice di osservazione di un determinato tipo di rapporto e scoprire qualcosa di nuovo.

So benissimo per avere esercitato questo tipo di professione per oltre trent'anni che l'attenzione a tutto questo si scontra con gli adempimenti burocratici, la scarsa sensibilità di certi amministratori, la carenza delle risorse, le regole arbitrarie e in continua mutazione che tendono a demotivare il medico, e non ultime la stanchezza e la mancanza di tempo. *Riterrei utile sottolineare peraltro la necessità della consapevolezza da parte del medico di medicina generale del proprio ruolo di "relazionista" nel senso di specialista della relazione*.

Fin qui la mente, ma all'interno di essa mi pare doveroso far posto anche al corpo e così citando Nietzsche che affermava: *c'è più saggezza nel tuo corpo che nella tua migliore sapienza* vorrei sottolineare l'ultimo elemento: *star bene nel proprio corpo* dovendo prendersi cura del corpo dell'altro.

Nel ripensare al "Medico cura te stesso" vorrei infine aggiungere che non occorre scomodare una psicoterapia personale (cosa che ognuno è libero di fare nel caso in cui il carico di sofferenza diventi eccessivo).

Sicuramente indispensabile è far ricorso al proprio "medico interiore" e, lo dico per esperienza personale come partecipante, e adesso da vari anni come conduttore, alla metodica dei gruppi creati dal già citato Balint dove, se non altro, è fortemente presente l'elemento della condivisione emotiva, e che adesso, per una serie di motivi che non ne sminuiscono l'utilità vengono sempre più spesso definiti "alla Balint".

Bibliografia

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

TM

A proposito di indicatori e del loro buon uso come catalizzatori di un gruppo

Sempre più spesso in letteratura e di conseguenza nella nostra quotidianità di clinici, impegnati nei servizi di salute mentale operanti nella comunità, ci confrontiamo con l'Epidemiologia, strumento nelle nostre mani che ci permette di quantificare, comprendere e programmare "la materia" di cui ci occupiamo.

Il monitoraggio degli indicatori ci può avvertire sulla direzione che sta prendendo il nostro operare e ci può far capire se occorre effettuare dei cambiamenti alla rotta intrapresa dal nostro gruppo di lavoro. Parliamo del gruppo di lavoro perché quelli che apparentemente possono apparire degli sterili numeri o delle fredde percentuali, possono, in realtà, diventare uno strumento utilizzato da chi lo condivide per "pensare" e "pensarsi" sistema, e per far sì che "l'agire" non diventi "agito".

Ultimamente abbiamo effettuato un confronto fra alcuni dati rilevati dal nostro sistema informativo dal 2006 al 2008 nel nostro Servizio (l'Unità Funzionale di Salute Mentale Adulti - Area Grossetana) e li abbiamo presentati in una riunione

aperta a più professionalità, con l'obiettivo di cui sopra.

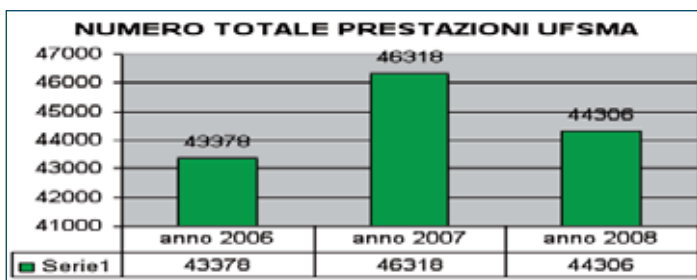
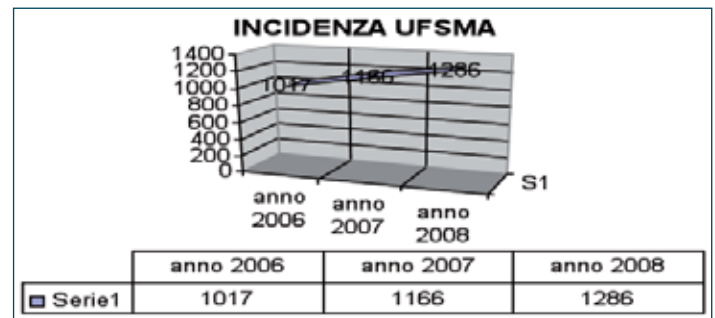
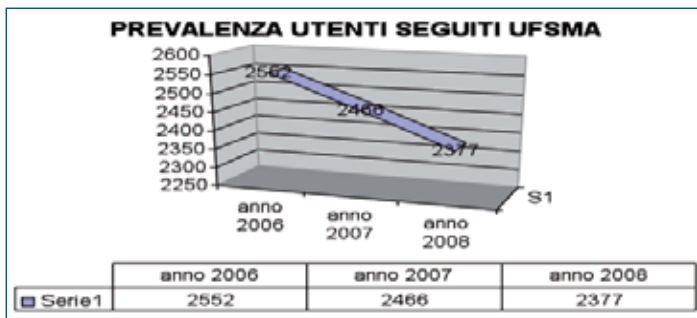
Dalle precedenti tabelle emerge quanto segue:

- si è ridotto il numero (prevalenza) degli utenti seguiti (da 2552 del 2006 a 2466 del 2007 a 2377 del 2008);
- è aumentata l'incidenza (totale dei nuovi utenti) da 1017 (2006) a 1.116 (2007) a 1.286 (2008);
- il numero delle prestazioni degli operatori: da 43.378 (2006) a 46.318 (2007) a 44.306 (2008), nello specifico: le visite 2008 degli psichiatri (n° 11) sono pari a 9681 (in media ogni psichiatra = 880,90 visite), le visite 2008 degli psicologi (n° 3) sono pari a 1428 (in media ogni psicologo = 476 visite);
- si è incrementato il numero di visite domiciliari da 6.848 (2006) a 8.164 (2007) a 8.634 (2008);

G. CARDAMONE, F. BARDICCHIA

UFSMA Area Grossetana, Asl 9

	2007	2008
TSO	7	7



NUMERO VISITE SPECIALISTICHE NEL 2008

- numero visite (psichiatri) = 9681 (11 psichiatri) (in media ogni psichiatra = 880,90 visite)
- numero visite psicologi = 1428 (3 psicologi) (in media ogni psicologo = 476 visite)

- per il n° sedute di gruppo: si è passati da 985 (2006) a 1.346 (2007) a 1.095 (2008);
- per il n° dei ricoveri /anno: c'è stato un decremento da 198 (2006) a 186 (2007) a 165 (2008);
- per il n° dei giorni di degenza/anno: da 1532 (2006) a 1.357 (2007) a 1.437 (2008);
- il n° dei TSO/anno: sia nel 2007 che nel 2008 è pari a 7.

Dai dati emerge che si è ridotto il numero di utenti seguiti, nonostante sia aumentata l'incidenza dei nuovi utenti. Si è ridotto il numero dei ricoveri ed è aumentato il numero delle giornate di degenza rispetto al 2007, con una riduzione comunque rispetto al 2006.

Gli operatori nel 2008 hanno diminuito il numero delle prestazioni rispetto al 2007, mentre è aumentata l'incidenza delle visite domiciliari.

Si lavora meno con i gruppi.

Il numero di TSO nel 2008 ha eguagliato quello del 2007 (7 TSO).

Dai dati emersi, gli operatori del nostro servizio hanno condiviso il fatto che esiste una certa visibilità nella Comunità, visto l'incremento dell'incidenza dei nuovi utenti. Viene effettuato un lavoro non solo ambulatoriale, ciò è confermato dall'incremento degli interventi effettuati a domicilio. C'è sostanzialmente una tenuta degli utenti in carico (circa 100 utenti in meno), numero che rapportato con l'incremento dell'incidenza dei nuovi ingressi, fa pensare ci sia un maggior turnover degli utenti (il nostro sistema informativo considera in carico le persone che hanno avuto anche solo un contatto nell'anno: sono aumentati sicuramente i pazienti valutati con patologie emotive comuni (questo forse perché abbiamo strut-

turato un ambulatorio di consulenza per i medici di medicina generale esterno al CSM, dal quale i pazienti in genere vengono visitati e registrati, e spesso rimandati ai medici di medicina generale o in gruppi AMA).

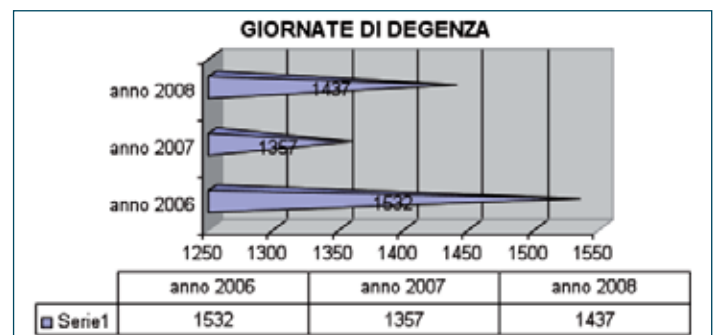
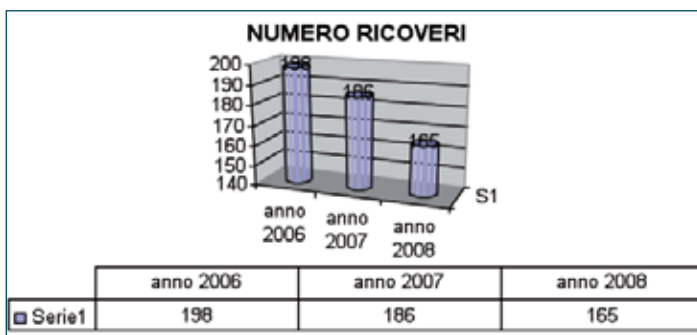
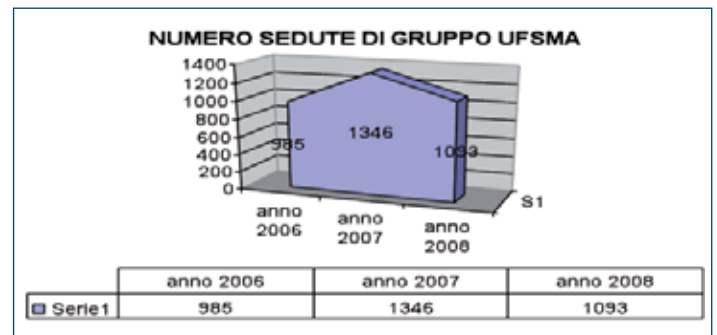
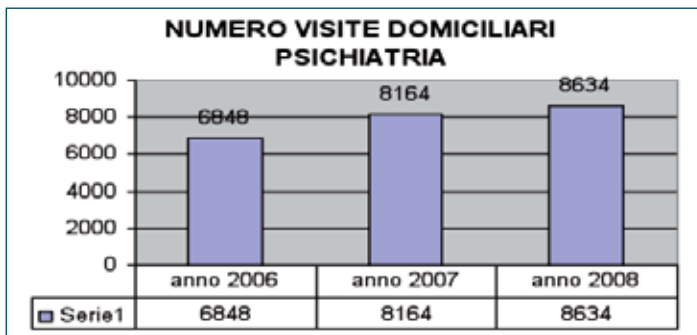
La tenuta del lavoro territoriale ha una ricaduta in SPDC (ulteriore decremento dei ricoveri, in linea con l'andamento dello scorso anno; ugual numero di TSO).

Ulteriori considerazioni penso vadano fatte sulla riduzione degli interventi nell'ultimo anno (all'interno di questo dato c'è da sottolineare una forte riduzione delle prestazioni del personale di una cooperativa che ci affianca nella quotidianità del lavoro perché per motivi di budget si è ridotto il monte ore di alcuni operatori: da 3128 (dato 2007) a 1599 (dato 2008) (meno 1529), dato che farebbe ipotizzare un incremento degli interventi del personale ASL (ciò, dai nostri attuali dati, senza modifiche degli outcomes).

Così come rilevato all'inizio, condividere i dati ci ha aiutato a sentirci più "gruppo" ed a condividere strategie e linee di indirizzo.

La condivisione è importante perché i "freddi" indici numerici si possono contestualizzare con il variare dell'omeostasi del lavoro quotidiano; elementi non sempre percepiti da un analizzatore esterno (es. il basso numero di TSO, dato considerato positivo, può essere interpretato come indice di buone pratiche territoriali, ma anche di abbandono).

Lo sforzo che stiamo cercando di fare adesso è quello di crescere come gruppo cercando, oltre agli indicatori quantitativi, di sperimentare formule per oggettivizzare i cambiamenti della comunità e di noi all'interno di essa (indicatori qualitativi).



I servizi psichiatrici nella società multiculturale

Un'indagine preliminare sulle modalità di accesso da parte dei pazienti di altra cultura

Di fronte all'evidenza del progressivo aumento di cittadini stranieri residenti nell'area pistoiese, nel 2005 è iniziato una raccolta di dati inerenti le loro richieste di prestazioni presso l'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Asl 3-zona di Pistoia con lo scopo di valutare, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, la domanda di salute mentale dei cittadini di altra cultura.

Del totale dei cittadini stranieri che risiedono a Pistoia, è stato valutato negli anni 2005-2007 il numero e la tipologia degli utenti che si rivolgono all'UFSMA-zona di Pistoia e le caratteristiche anagrafiche: sesso, età, paese di provenienza. Sono state inoltre confrontate la percentuale di cittadini stranieri che si rivolgono al nostro servizio rispetto a quella della popolazione generale, le vie di accesso preferenziali e le diagnosi più frequentemente riscontrate.

RISULTATI

Dai dati forniti dal Dossier Statistico Immigrazione si evidenzia che nel 2005 l'incidenza media di immigrati su tutta la popolazione italiana era

del 4.8%, è andata progressivamente aumentando nel 2006 a 5,2% e nel 2007 a 5.6%. Dai dati forniti dal servizio statistico della provincia di

Pistoia si evidenzia che la zona pistoiese si colloca lievemente al di sopra della media nazionale con una percentuale del 5.5% nel 2005 e del 6.0%

nel 2006 per arrivare al 7.4% del 2007.

Dall'analisi delle caratteristiche anagrafiche (Tabella 1) si evidenzia che il sesso femminile si identifica come più alto utilizzatore dei servizi di salute mentale nei tre anni presi in esame; maggiormente rappresentata è la fascia di età minore o uguale a 35 anni. Esaminando la provenienza si evidenzia una costante predominanza di extracomunitari di nazionalità albanese. Tale tendenza si mantiene nei tre anni presi in esame anche se con un lieve incremento di cittadini provenienti dall'est-europa probabilmente dedicati all'assistenza anziani.

Andando a valutare la ricaduta sul servizio di salute mentale, si evidenzia che i cittadini extracomunitari mantengono percentuali di accessi lievemente inferiori rispetto alla popolazione generale; nel 2007 si è registrato un ulteriore calo di richiesta di prestazioni (Tabella 2).

L. GALLI¹, MIMESCHI², E. BERTI³

¹ Dirigente medico UFSMA zona di Pistoia

² Dirigente medico UFSMA zona di Pistoia

³ Infermiere professionale UFSMA zona di Pistoia

Tabella 1 - Caratteristiche anagrafiche

Sesso	2005		2006		2007	
	Femmine	46	64%	67	73%	41
Maschi	25		24		24	
Età						
<35 aa	45	63%	49	53%	30	46%
Tra 35 aa e 45 aa	16	22.5%	23	25%	19	29.5%
>45	7	9.8%	16	17.5%	16	25%
Provenienza						
Area balcanica	36	50%	41	45%	26	40%
Area nord africana	13		14		18	
Centro europa ex URSS	12		23		12	
Sud America	7		6		4	
Africa sub sahariana	1		6		4	
Tailandia, Pakistan	1		2		3	
Cina					1	
Tot campione	71		91		65	

Tabella 2 - Primo contatto con l'unità funzionale di salute mentale adulti - zona Pistoia

	2005		2006		2007	
Totale Primo contatto *	1697	1.0%	2260	1,3%	2176	1,2%
Primo contatto citt. stranieri**	71	0.7%	91	0.9%	65	0.5%

* Percentuali rispetto alla popolazione generale

** Percentuali rispetto alla popolazione di cittadini stranieri

Il pronto soccorso si colloca nei primi due anni di osservazione come via di accesso preferenziale per questa tipologia di utenza. Nel 2007 si nota una inversione di tendenza a favore delle prestazioni ambulatoriali: 48.8% contro il 30.8% delle prestazioni richieste al pronto soccorso (Tabella 3).

Prendendo in analisi le diagnosi (Tabella 4) si evidenzia che prevalgono i disturbi nevrotici e di personalità con netta preponderanza dei disturbi da adattamento e delle patologie reattive. Non appaiono molto rappresentate le categorie diagnostiche appartenenti alle psicosi maggiori ad eccezione della sintomatologia psicotica a insorgenza reattiva.

COMMENTO

Da una prima analisi si evidenzia che, a fronte di un aumento generale di cittadini di altra cultura residenti nella nostra città, nel 2007 risultano diminuite le richieste di intervento da parte dell'UFSMA (Tabella 2). Dall'analisi delle cartelle cliniche si evidenzia che gli utenti sono in possesso di regolare permesso di soggiorno, un medico di base di riferimento ed un assetto sociale stabile. Si tratta pertanto di una popolazione selezionata con buona conoscenza dei livelli di funzionamento dei servizi sanitari all'interno dei quali mostra di sapersi muovere con sufficiente padronanza.

Il campione, sufficientemente integrato, spesso ha carattere di stanzialità, con nuclei familiari e parentali ben costituiti. A conferma che il ricongiungimento o la costituzione ex-novo di nuclei familiari e di reti sociali costituiscono elementi protettivi nei confronti del disagio psichico viene il dato di lieve calo di richiesta di prestazioni totali verificato nel 2007.

Ulteriore conferma si evidenzia dal calo di prestazioni erogate in Pronto Soccorso (Tabella 1), solitamente scelto come via di accesso preferenziale sia per una richiesta di aiuto immediata e sia per la difficoltà ad individuare le agenzie preposte a fornire un aiuto al disagio emotivo. Le difficoltà di natura linguistica possono determinare il prevalere della "fisicità" del sintomo visto come veicolo internazionale attraverso il quale ricevere attenzione; può sussistere altresì una difficoltà a tradurre emozioni e sentimenti in un linguaggio appreso del quale non si condividono il valore simbolico delle parole e i vissuti emotivi che le sottendono. Una difficoltà di accesso al servizio si determina inoltre per una carente conoscenza del nostro modello di funzionamento quando sussista una ritrosia di natura culturale nel rivolgersi a punti di ascolto connotati come "psichiatrici". Spesso prevalgono paure culturalmente determinate riguardo modelli di intervento psichiatrico a

Tabella 3 - Sede di erogazione delle prestazioni del campione

	2005		2006		2007	
Pronto Soccorso	34	31%	53	41%	25	30.8%
Ambulatorio 1° visita	33	30.2%	36	28.1%	39	48.1%
Consulenze	21		24		8	
Ricovero SPDC	21 (1 TSO)		15		9	
Totale accessi	109		128		81	

Tabella 4 - Diagnosi del campione

	2005	2006	2007
D. nevrotici e della personalità	67 (61%)	102 (79.6%)	43 (53.8%)
D. nevrotici e reaz. D'adattamento	52	71	21
D. di personalità	4	12	1
D. depressivi non psicotici	7	12	17
D. psichici alcol correlati	4	7	2
D. psichici da farmaco dipendenti	/	/	2
Spettro psicotico	26	18	22
D. dello spettro psicotico	8	9	5
D. affettivi psicotici	18	9	17
Disturbi mentali organici	4	1	/
Oligofrenie, ritardo mentale	/	2	/
Altro, controlli, certificazioni	5	5	16
Non valutato	7	/	/
Tot. Accessi	109	128	81

carattere maggiormente coercitivo e penalizzante che provocano spontanee ritrosie o netti rifiuti anche in coloro che ormai hanno una sufficiente integrazione. Questa atavica paura, che limita grandemente la fiducia e la possibilità di una produttiva relazione di aiuto, determina il prevalere di atteggiamenti “mordi e fuggi” con tentativo di soluzione immediata del sintomo/disagio per lo più riferito all'area somatica senza una reale consapevolezza del problema. Maggiore è il livello di consapevolezza e di conoscenza dei servizi, minore è il ricorso ai presidi di emergenza-urgenza con spostamento degli interventi a carattere di prevenzione e programmazione.

Dall'analisi delle diagnosi si evidenzia la prevalenza di disturbi afferenti **all'area nevrotica e di personalità** legati al disadattamento imposto dalla migrazione. Quando la propria realtà (personale e comunitaria) viene improvvisamente negata dal processo della migrazione, si determina un momento di fragilità nella quale l'identità culturale originale non costituisce più un riferimento valido e la nuova, frutto di un riadattamento rapido ed incompleto, appare ancora immatura e improvvisata. Il disagio si configura allora come difficoltà di passaggio da uno schema di riferimento culturale all'altro come espressione di una identità in crisi, una condizione di “disidentità”. Sempre nelle reazioni di adattamento può essere collocato il disturbo **post traumatico da stress** soprattutto evidente negli individui emigrati da aree a instabilità sociale.

I disturbi psicotici sono scarsamente rappresentati e sembrano essere precedenti al momento della migrazione e non strettamente collegati a questa. Anche dal punto di vista psicopatologico, come del resto da quello fisico, nell'ambito di un gruppo etnico, tendono a migrare le persone più sane. Le diagnosi maggiormente frequenti nell'ambito delle psicosi sono i **disturbi affettivi** maggiormente soggetti a manifestazioni sintomatologiche culturalmente determinate. In alcune culture la depressione può essere vissuta in termini somatici, piuttosto che con tristezza e senso di colpa (tipico delle culture latine o mediterranee) o di “squilibrio” (nelle culture cinese ed asiatica)

o come problemi di cuore (nelle culture medio-orientali). Un discorso a parte merita il lutto la cui elaborazione attraverso modalità solitamente collettive è specifica per ogni cultura; la condizione di migrante rende spesso impossibile l'esplicazione delle cerimonie, dei riti familiari o collettivi e ne ritarda o ne rende impossibile l'elaborazione.

Condizione grave e acuta è la **Psicosi reattiva breve** che si connota per l'improvvisa insorgenza di deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato o comportamento catatonico. Un episodio del disturbo dura almeno un giorno ma meno di un mese con successivo ritorno ai livelli di funzionamento premorbo. Benché di breve durata, il livello di compromissione può essere grave e può rendersi necessaria un'attenta sorveglianza per il soddisfacimento dei bisogni primari e la protezione del soggetto dalle conseguenze relative alla sua scarsa capacità critica.

CONCLUSIONE

Nel territorio pistoiese la presenza di cittadini di altra cultura ha assunto negli ultimi anni carattere di residenzialità, con costituzione di reti familiari e amicali, fenomeno attestato dal costante aumento del numero dei ricongiungimenti familiari e dalle nascite da genitori stranieri. E' spesso proprio la rete amicale e familiare a cui si rivolge la prima richiesta di aiuto e dalla quale si riceve un intervento di cura secondo canoni culturali condivisi. Risulta pertanto evidente che la costituzione di una forte rete sociale e familiare funziona da protezione nei confronti dell'isolamento, della deriva sociale e del disagio psichico. Essa ha un ruolo di prima “presa in carico” dei problemi del singolo o del gruppo familiare, ne aumenta il livello di benessere e salute psichica e fisica. Tanto maggiore sarà la serenità della popolazione ospitata, tanto più facile sarà l'avvio verso una integrazione ormai irreversibile che, seppure impercettibilmente ha già cambiato la nostra società.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: letziagalli61@yahoo.it

TM



BANCA
CR FIRENZE



Cosa è cambiato nella Dermatologia Pediatrica

L'esperienza del "Meyer"

All'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Meyer" di Firenze dal febbraio 2008 è stato rinnovato e potenziato il servizio ambulatoriale di Dermatologia Pediatrica, organizzato nell'ambito del Dipartimento di Attività Integrate di Pediatria Internistica, diretto dal Prof. Maurizio de Martino.

Per la sua caratteristica di essere un organo visibile, la pelle può essere spesso sede di un primo segnale, fortemente indicativo per malattie interne o sistemiche, nei bambini in particolar modo potenziale espressione di malattie geneticamente determinate.

Una manifestazione che spesso allerta i genitori ed è fonte di richiesta di visita da parte dei pediatri sono le cosiddette **macchie caffè-latte**. Si presentano come chiazze iperpigmentate, di colorito bruno, di solito uniforme dal camoscio al marrone, presenti dalla nascita, inizialmente in numero di una o due, che possono però aumentare nel corso della prima decade di vita. La loro forma può essere ovale o rotondeggiante, i margini regolari e bordi netti. Si rendono più evidenti alla luce di Wood e possono essere distribuite in qualsiasi sede cutanea, ad eccezione di cuoio capelluto e palmi di mani e piedi.

Sono la prima manifestazione di Neurofibromatosi di tipo 1 (NF1), ma i criteri diagnostici indicano come parametri importanti da considerare il numero e le dimensioni: sei o più macchie caffè-latte, con diametro maggiore di 5 mm in età prepuberale e maggiore di 15 mm in età adulta.

Il dermatologo viene consultato precocemente anche nel caso di **emangiomi infantili** (anche detti nevi a fragola) spesso quando il neonato è ancora in nursery, subito dopo il parto, oppure nei primi mesi di vita. Gli emangiomi sono i più comuni tumori benigni dell'infanzia, con una incidenza tra il 4 ed il 10% dei neonati, aumentando al 20% nei nati pretermine di basso peso (meno di 1 kg), le femmine sono colpite più frequentemente con un rapporto rispetto ai maschi di 3:1.

Possono essere visibili già al momento della nascita come piccole macchie poco o per nulla rilevate (*fase prodromica*), anche se più spesso compaiono nel primo mese di vita. Successivamente si svilup-

pa la tumefazione, con una rapida proliferazione endoteliale (*fase proliferativa*) che ha la caratteristica di espandersi rapidamente in diametro e volume fino al 4-6 mese (anche se più raramente fino al 9-12 mese). La fase successiva prevede l'involuzione (*fase involutiva*), (Figura 1)

estremamente variabile, con sbiancamento delle aree più chiare, che contemporaneamente diminuiscono anche di consistenza, presentandosi più molli al tatto. Nella maggior parte dei casi, l'involuzione spontanea consente che gli emangiomi vengano solo monitorizzati con visite ripetute. Nel caso di rapida proliferazione o quando l'angioma interferisce con importanti funzioni fisiologiche (respirazione, alimentazione, vista) la terapia tradizionale prevede la somministrazione a cicli di steroidi per via sistemica. È una recente scoperta, tuttora in fase di sperimentazione, la possibilità di trattare questi pazienti con un farmaco ad azione beta-bloccante, il propranololo per os, per sei mesi per arrestare la fase proliferativa degli emangiomi infantili e favorirne un rapido processo involutivo.

Un altro importante capitolo della Dermatologia pediatrica è rappresentato dalla **dermatite atopica**, malattia infiammatoria cronica della cute che colpisce circa il 20% dei bambini nella popolazione dei Paesi sviluppati e che si caratterizza per cicli alternanti di riacutizzazione e fasi di assenza di sintomatologia. Una parte considerevole

ANTONELLA GRECO

Responsabile Dermatologia Pediatrica
Clinica Pediatrica 1 - Dipartimento Pediatria
Ospedale Pediatrico Anna Meyer-Firenze



Figura 1

di pazienti affetti da dermatite atopica presenta in concomitanza altre manifestazioni allergologiche come l'asma bronchiale, la rinite e congiuntivite allergica. La dermatite atopica è una malattia genetica complessa determinata dall'interazione tra fattori genetici e fattori ambientali, come l'esposizione ad allergeni sia di tipo alimentare che inalante, il cui sviluppo avviene solo in condizione di una loro interazione. In campo terapeutico la terapia locale si avvale dell'uso di vari farmaci anti-infiammatori, di corticosteroidi topici per brevi periodi, in associazione ad emollienti. Nelle forme moderate-gravi, si è avuta l'introduzione degli inibitori della calcineurina quali il tacrolimus ed il pimecrolimus che agiscono riducendo la sintesi di fattori di crescita per i linfociti T e di citochine proinfiammatorie. Quando vi è sensibilizzazione gli alimenti responsabili nel 90% dei casi sono rappresentati da latte, uova, grano, soia, arachidi, pesce e la loro eliminazione nel bambino già svezzato può portare notevoli miglioramenti. Il ruolo dell'allattamento materno è ancora fonte di discussione ed altri fattori favorevoli lo sviluppo della malattia atopica sono l'esposizione al fumo passivo di sigaretta e l'inquinamento ambientale.

La comparsa di proliferazioni circoscritte o l'osservazione di **nevi**, sia dalla nascita (congeniti) o la comparsa nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza (nevi acquisiti), è spesso fonte di apprensione da parte dei genitori. Una particolare attenzione viene posta ai nevi melanocitici congeniti, presenti tra l'1 e 2% della popolazione, distinguibili in base alle loro caratteristiche dimensionali in piccoli (fino a 1,5 cm di diametro), medi da 1,5 a 20 cm di diametro (Figura 2) e giganti (quelli con diametro superiore a 20 cm). Il management di questi pazienti è estremamente discusso. I dati di Letteratura indicano nei pazienti con nevi melanocitici giganti un rischio di sviluppare melanoma stimabile tra il 5-10% nel corso della vita, con l'indicazione all'escissione chirurgica come profilassi. Nelle altre forme la percentuale si riduce nettamente all'1%, portando a valutare di volta in volta lo schema terapeutico, tenendo in considerazione la storia cli-



Figura 2

nica ed eventuali modificazioni, non trascurando quello che può essere anche il risultato estetico.

L'approccio alla valutazione delle lesioni melanocitarie e non nel bambino è particolare, dovendo tenere in considerazione il periodo evolutivo dell'infanzia, con le sue modificazioni.

Il melanoma cutaneo resta una patologia rara in età pediatrica, rappresentando il 2% dei tumori dell'età infantile e solo lo 0,5% dei melanomi si osserva in individui al di sotto dei 18-20 anni. Il monitoraggio va fatto in particolar modo nei bambini con fattori di aumentato rischio relativo di melanoma (xeroderma pigmentoso, sindrome del nevo displastico, immunodepressione), e quelli con fattori di rischio aumentati (familiarità per melanoma, presenza di oltre 50 nevi melanocitici acquisiti). Non devono pertanto essere tralasciate le campagne di informazione sulle misure di fotoprotezione e per la prevenzione delle ustioni già dai primi anni di vita.

LA DERMATOLOGIA AL "MEYER"

Il Servizio di Dermatologia pediatrica al "Meyer" garantisce un'attenta presa in carico del paziente, anche fin dai primi giorni di vita prevedendo una cura ed un'accoglienza specifiche per la giovane età dei pazienti. Il Servizio si occupa della diagnosi, cura, assistenza e follow-up di bambini ed adolescenti affetti da ogni forma di alterazione congenita o acquisita di pelle, unghie, capelli e mucose visibili. L'attività prevede inoltre consulenze presso il Pronto Soccorso o nei reparti medici e chirurgici e la possibilità di effettuazione di ricoveri in day hospital o regime ordinario, secondo il tipo di patologia. Vengono organizzate attività formative per gli Specializzandi della Scuola di Specializzazione in Pediatria e Dermatologia.

Sono inoltre in corso di programmazione momenti teorico-pratici di aggiornamento e formazione per pediatri, dermatologi e medici di base.

Qualora sia infine indicata la rimozione di lesioni cutanee (in anestesia locale o, più frequentemente, generale), per esempio verruche, molluschi contagiosi, nevi, è presente al "Meyer" un'attività di Day Surgery che prevede la collaborazione con il Dipartimento di Pediatria Chirurgica diretto dal Prof. Antonio Messineo. Questi pazienti vengono avviati ad un ambulatorio dedicato in cui il dermatologo ed il chirurgo insieme decidono il migliore percorso gestionale diagnostico-terapeutico.

Per accedere alle visite di Dermatologia Pediatrica o a quelle dell'Ambulatorio congiunto Dermatologia/Chirurgia è necessaria la richiesta del medico curante e la prenotazione viene effettuata tramite il CUP metropolitano, specificando l'oggetto della richiesta.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: a.greco@meyer.it



Diminuisce l'incidenza e la mortalità per tumore gastrico negli uomini e nelle donne

Anche in Toscana, come nelle altre regioni italiane e nel resto d'Europa, continua il declino nel numero di nuovi casi di tumore gastrico, parallelamente ad una diminuzione della mortalità per questo tipo di tumore.

Nel grafico presentato sono riportati i tassi di incidenza standardizzati secondo la popolazione europea (x 100.000) nel Registro Tumori della Regione Toscana suddivisi per sesso: negli uomini si assiste ad una diminuzione statisticamente significativa, passando dal 66.9 per 100.000 nel 1985 al 24.7 nel 2005 (APC: -4.5), come pure fra le donne, dove il tasso di incidenza varia dal 30.6 nel 1985 al 11.2 nel 2005 (APC: -4.1).

Anche il tasso di mortalità continua a diminuire: dati del Registro Regionale di Mortalità (RMR)

documentano, nelle stesse aree considerate per l'incidenza, un trend in riduzione statisticamente significativo dei tassi di mortalità specifica in entrambi i sessi (APC uomini: -4.7, APC donne: -4.5).

Sebbene in letteratura i motivi di questo andamento risultino ancora non del tutto chiariti,

parte della diminuzione è sicuramente da attribuire al miglioramento delle abitudini alimentari, alle migliori tecniche di conservazione degli alimenti e al controllo dell'infezione da *Helicobacter Pylori*, considerato uno dei fattori maggiormente implicati nell'insorgenza dei tumori gastrici.

A. CALDARELLA¹, G. MANNESCHI¹, G. GORINI²

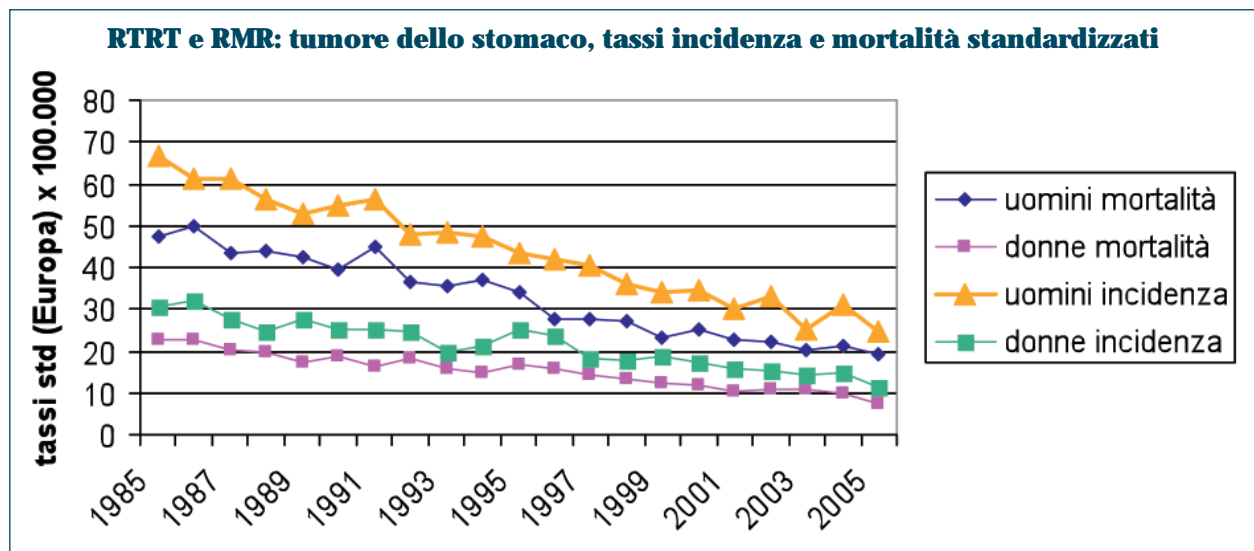
¹ UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica

² UO Epidemiologia Ambientale-Occupazionale, ISPO Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica

Bibliografia

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

TM



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



Perché Fast Track Surgery?

Chirurgia più veloce nell'interesse del paziente

Nel 2006 è stato pubblicato un mio articolo su TM (n.10/06) sulla "Fast Track Surgery".

In quell'articolo ho scritto che non vi erano evidenze di efficacia su questo argomento, oggi ritengo necessario aggiornare l'argomento perché esistono evidenze di efficacia riguardo la "Fast Track Surgery".

In medicina il 50% dei trattamenti hanno "evidenza di efficacia" (EBM, Evidence Based Medicine) mentre in chirurgia solo il 24% dei trattamenti hanno "evidenza di efficacia" (EBS, Evidence Based Surgery).

La esistenza di evidenze di efficacia nella Fast Track Surgery impone una riflessione sull'argomento.

Sono numerosi i convegni in cui si disserta della Fast Track Surgery ma stranamente la implementazione è difficile se non impossibile, quindi perché "Fast Track Surgery"?

Nella seconda metà degli anni '90, a Copenaghen ad opera del Dott. Henrik Kehlet, è stata realizzata la Fast Track Surgery per risparmiare sulla degenza ospedaliera per alcuni interventi chirurgici.

Il primo motivo è stato il risparmio (motivo economico).

In questa occasione c'è stato lo stimolo alla revisione ed a nuovi studi delle varie fasi dell'intervento chirurgico per verificare se potesse essere realizzabile un aiuto farmacologico alle conseguenze del trauma chirurgico.

Il nucleo fondamentale è lo stress chirurgico, le conseguenze al trauma chirurgico (surgical stress syndrome), tutto dipende da questa sindrome.

In modo grossolano possiamo distinguere (in chirurgia generale) gli interventi chirurgici di exeresi di organi o parti di organi da interventi chirurgici che, oltre all'exeresi, prevedono la ricostruzione per ristabilire la funzionalità di apparato; è possibile anche distinguere interventi chirurgici intracavitari da quelli di superficie.

Queste distinzioni permettono di capire che esistono differenti traumi chirurgici e quindi differenti risposte al trauma con implicazioni sul paziente nel periodo post-operatorio.

In modo sintetico possiamo suddividere il percorso terapeutico chirurgico in diverse fasi:

1. indicazione chirurgica;
2. pre-operatorio;
3. intra-operatorio;
4. post-operatorio;
5. convalescenza.

Il pre-intra e post-operatorio fanno parte

del peri-operatorio e quindi "medicina perioperatoria", disciplina che, oggi, ha un riconoscimento di appannaggio dell'anestesista.

I protagonisti del percorso "Fast Track Surgery" sono identificabili in:

1. il paziente;
2. il chirurgo;
3. l'anestesista;
4. l'infermiere;
5. la fisioterapista.

Queste premesse sono importanti per capire che i risultati della Fast Track Surgery sono strettamente dipendenti dalla interazione di questi protagonisti.

Le evidenze di efficacia sono limitate agli interventi chirurgici di elezione (programmati) per cause benigne o maligne, per pazienti adulti dai 15 agli 80 anni, con classificazione del rischio in anestesia fino ad ASA 3, che rappresentano la maggioranza degli interventi chirurgici programmati (circa il 68% dell'attività annuale di un reparto ospedaliero di Chirurgia Generale) (Tabella 1).

Questi risultati dipendono dalla implementazione di evidenze di efficacia di:

1. coinvolgimento del paziente e dei familiari nel decorso pre e post-operatorio;
2. digiuno da 2 ore prima dell'intervento chirurgico;
3. no preparazione intestinale;
4. anestesia generale con risveglio rapido;
5. normotermia del paziente durante l'intervento chirurgico;
6. prevenzione della PONV (post-operative nausea-vomito);
7. analgesia epidurale (toracica-lombare, analgesia endovenosa multimodale senza oppioidi);
8. no sondino naso-gastrico;
9. catetere vescicale limitato nel tempo (24 ore);

FELICE APICELLA

*Chirurgo Generale e Toracico, dirigente medico chirurgo,
SC Chirurgia Generale
Ospedale "San Giovanni di Dio", ASF10 Firenze*

Risultati della Fast Track Surgery

Procedure	Postoperative LOS	Comments
Groin hernia repair	1.5-6 h	Large consecutive series (n = 1000-3000) using local infiltration anesthesia ^{134,135}
Cholecystectomy	Same day discharge >80%	Large consecutive series and randomized trials. Further improvement with antiemetics/multimodal nonopioid analgesia ¹³⁶⁻¹⁴⁰
Bariatric surgery	~80%, <23 h	n = 2000 consecutive laparoscopic Roux-Y gastric bypass ¹⁴¹ ; gastric banding ¹⁴²
Colonic resection	2-4 d	Documentation of benefits on recovery of all organ functions and reduced morbidity from multi-center series and randomized trials. Only minor differences between open and laparoscopic fast-track surgery ^{96-102,143-148}
Complex colorectal procedures	3-5 d	Single-institution series, laparoscopic and open approach ¹⁴⁹⁻¹⁵⁴
Pulmonary resection	1-4 d	Single-institution series, open, and thoracoscopic ¹⁵⁵⁻¹⁵⁷
Reflux surgery	98%, <23 h	Large (n = 557) consecutive, single-institution series, laparoscopy ¹⁵⁸
Esophageal resection	7-8 d	Small single-institution series ¹⁵⁹⁻¹⁶¹
Pancreatic resection	7 d	Consecutive series before vs. after pathway, cost reduction ¹⁶²
Radical prostatectomy	~75%, 1 d	Large consecutive series ¹⁶³
Nephrectomy (donor)	1-2 d	Shortest (23 h) with laparoscopic approach, 2 d with open surgery ^{164,165}
Nephrectomy (other)	2-4 d	Consecutive patient series, shortest with laparoscopic approach ¹⁶⁶⁻¹⁶⁸
Adrenalectomy	<1 d in 80%	Laparoscopic approach, small, single-institution series ^{169,170}
Abdominal aortic aneurysmectomy	~3 d	Consecutive series, revised criteria for intensive care stay, fluid-restriction ¹⁷¹⁻¹⁷⁴
Mastectomy	<1 d in 90%	Large consecutive series ¹⁷⁵⁻¹⁷⁷
Parathyroid and thyroid surgery	80%-90% ambulatory	Single-institution consecutive series ¹⁷⁸⁻¹⁸⁰
Hip, knee, and elbow arthroplasty	≤1 d	Small, single-institution series with or without minimal access operation ¹⁸¹⁻¹⁸⁴
	~3-4 d	Well-designed pathways, cost-reduction ^{185,186}
Ovarian cancer surgery	5 d	Single-institution, consecutive series ¹⁸⁷

Source: Ann Surg © 2008 Lippincott Williams & Wilkins

10. chirurgia mininvasiva/incisioni trasversali;
- 11- uso limitato di drenaggi/rimozione nelle prime 24 ore;
12. infiltrazione della ferita chirurgica con anestetici locali a lunga durata;
13. limitato uso di liquidi;
14. precoce alimentazione per os (il giorno dell'intervento);
15. precoce mobilizzazione (il giorno dell'intervento);
16. uso di precisi criteri di dimissione.

Utilizzando le evidenze di efficacia della Fast Track Surgery è possibile ridurre la morbilità, ridurre la durata della degenza ospedaliera a parità di reingressi (rispetto alla chirurgia tradizionale), quindi il secondo motivo che giustifica l'uso della metodologia Fast Track Surgery è la riduzione della morbilità.

Riassumendo si ha un risparmio economico ed una riduzione della morbilità.

Considerando una organizzazione di chirurgia programmata che preveda un reparto di degenza prevista <5gg, si può constatare che con la metodologia Fast Track Surgery il 68% del volume di lavoro di un reparto di Chirurgia Generale può

essere svolto in "week surgery" con risparmio economico ed aumento del numero degli interventi chirurgici programmati.

Il fulcro dell'organizzazione è la sala operatoria ed il numero dei letti di degenza che devono essere adeguati alla potenzialità di funzionamento della sala operatoria.

Gli interventi chirurgici sono caratterizzati da una durata standard di sala operatoria e da una durata standard di degenza post-operatoria.

La metodologia Fast Track Surgery è una evoluzione moderna, con basi scientifiche, delle tecniche anestesologiche, chirurgiche e di trattamento post-operatorio dei pazienti chirurgici.

Tutto questo è progresso, si potrebbe riformulare una frase famosa "è il progresso bellezza e tu non puoi farci niente". Il progresso lo puoi ritardare ma non fermare.

Concludo con una domanda: PERCHE' No Fast Track Surgery?

Bibliografia

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

TM

CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito www.ordine-medici-firenze.it)

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

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

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

B.D.A. Computer & Software

Via Bassa 31/a - 50018 Scandicci FI - Tel. 055 735 1467 - Fax 055 754 931

info@bda.it - www.bda.it - www.computeria.net

Manfredo Fanfani

Piazza della Indipendenza a Firenze

QUARTA PARTE

(Terza parte nel numero precedente)

Lettera inviata nel 1984 al giornale "La Nazione" dalla Signora Giulia Baldasseroni, nata a Firenze il 15 Febbraio 1888 e abitante al n.3 della Piazza; la signora, che aveva 96 anni, ricorda quando bambina aveva cantato, con altri alunni delle scuole elementari, i cori del Nabucco e dei Lombardi

in occasione della inaugurazione dei monumenti avvenuta nel 1898 alla presenza del Re Umberto I e della Regina Margherita e si preoccupa, in modo accorato, del destino della Piazza qualora fosse stato attuato un progetto, avanzato negli anni '80, di realizzare un parcheggio sotterraneo.

Firenze, 27 aprile 84

Gregorio direttore,

lessi sulla "Nazione" del giorno 22 marzo scorso quel che si vuol fare della Piazza dell'Indipendenza.

Da vecchia fiorentina, che si ricorda di aver cantato, alunna delle scuole elementari, i cori del Nabucco e dei Lombardi in occasione della inaugurazione dei monumenti a Bettino Ricasoli e Ubaldino Peruzzi nel 1898, sono rimasta tanto turbata al pensiero di come sarà trasformata questa piazza, che era tanto bella a quei tempi e che è stata poi in parte sciupata, ma non tanto da non poter essere rimessa. E i poveri monumenti dove li metterete? Ricordano due uomini onesti del nostro Risorgimento.

Spero nel buon senso della gente fiorentina che non ha ancora perso il gusto delle nostre bellezze cittadine e mi auguro che l'amministrazione comunale ci ripensi...

Giulia Baldasseroni

Ristrutturazioni e nuovi immobili

I vecchi immobili della Piazza hanno subito in genere solo parziali ristrutturazioni lasciando integro lo stile delle facciate, così come raccomandava il progetto originale, con due sole eccezioni: agli inizi del 1950 fu autorizzata una incisiva ristrutturazione di due immobili nella parte sud della piazza, per realizzare la Casa di Cura S. Chiara; nella parte nord fu completamente demolito, all'inizio degli anni '60, l'immobile al n° 18 dove fu costruito l'edificio attualmente sede dell'Istituto Fanfani. È suggestivo che i due soli immobili oggetto di profonde trasformazioni siano stati destinati ad attività sanitarie. Sarebbe quasi una rivincita postuma dell'architetto Giuseppe Martelli che, allorché nel 1844 furono presentati i progetti della Piazza, aveva fortemente caldeggiato la costruzione nella zona di un grande ospedale, aspirazione che venne disattesa con profondo rammarico del Martelli. In molti balconi e finestre della Piazza sono ancora in mostra i portabandiera dai quali sventolarono i primi vessilli tricolori in quella faticosa giornata del 27 Aprile 1859 e nelle tante manifestazioni patriottiche; un portabandiera è bene evidente sotto la finestra "al primo piano in quella stanza ultima a destra di chi guarda" in cui nacque Guido Nobili; da quel portabandiera, come racconta lo stesso Nobili, il vessillo dell'unità d'Italia, per primo compariva alle acclamazioni del popolo. Nell'immobile n. 17 sono evidenti tuttora numerosi portabandiera applicati alle singole finestre; doveva trattarsi di un immobile particolare, destinato ad iniziative culturali; si riferisce infatti che nello stabile sia stato organizzato il primo congresso degli Scienziati italiani poco dopo la proclamazione dell'Unità d'Italia.



Targa di Piazza Della Indipendenza posta sull'immobile d'angolo con Via Dotti; a sinistra di chi guarda compare un porta bandiera dal quale sventolò probabilmente uno dei primi vessilli tricolori in occasione dei moti rivoluzionari del 1859, che ebbero inizio nella Piazza. Mentre sotto tutte le nuove targhe delle strade limitrofe è indicata, con una piccola targa, la vecchia denominazione, ciò non accade in alcuna delle 5 targhe di Piazza Della Indipendenza a sottolineare l'irriducibile avversione dei fiorentini a chiamare la Piazza con il nome della Granduchessa borbonica Maria Antonia; preferirono chiamarla Piazza di Barbano dal nome degli orti sui quali era stata insediata. I fiorentini non avevano mai perdonato al Granduca di avere favorito sette anni di occupazione austriaca, con tanto di accampamenti, proprio nel bel mezzo di Piazza Maria Antonia! Ovvero, di Piazza di Barbano... Era costume dei fiorentini esternare il proprio dissenso attribuendo nomi di proprio gradimento alle vie ed alle piazze, talora la targa originale veniva coperta con cartelli che indicavano il nome più gradito; la targa di Piazza Maria Antonia era stata coperta con un cartello che indicava il nuovo nome di Piazza della Indipendenza.

I Fiorentini con non celato entusiasmo, si lasciarono "scapitalizzare"

L'esperienza di Firenze capitale, iniziata nel 1865, si concludeva dopo soli cinque anni il 20 Settembre 1870; sempre nella Piazza della Indipendenza un altorilievo sulla base del monumento eretto in memoria di Ubaldino Peruzzi ci ricorda questo evento; "Sor Ubaldino", all'epoca Sindaco di Firenze, è raffigurato mentre esce dal Municipio, che

aveva allora sede in palazzo Spini, per mostrare al popolo fiorentino il telegramma con la notizia della presa di Roma e, pertanto, il prossimo trasferimento della capitale da Firenze a Roma.

Il popolo appare esultante, soddisfatto sembra anche il Peruzzi che aveva rinunciato agli incarichi ministeriali nel periodo di Firenze capitale preferendo fare il Sindaco della propria città, all'epoca in serie difficoltà economiche. Riferisce Ugo Pesci in "Firenze capitale" che i fiorentini "si lasciavano scapitalizzare battendo le mani, con una disinvoltura ed un buon garbo che fu il miglior elogio del loro senno...d'allora...".

Le strade adiacenti alla Piazza furono intitolate ai personaggi che presero parte attiva alla rivoluzione.



Via Vincenzo Salvagnoli (già Via del Podere): è il tratto sul lato nord della Piazza che porta in Via Enrico Poggi (già Via delle Officine). Il nome deriva dal fatto che la strada portava alla casa colonica dei soppressi poderi. Il nome fu in seguito attribuito a Vincenzo

Salvagnoli, politico e giornalista che, alla vigilia dei moti del 1859, scrisse un opuscolo sull'indipendenza d'Italia che iniziava con le lapidarie parole "L'Italia c'è". Salvagnoli era, fra l'altro, assiduo frequentatore del "salotto" dei Trollope che abitavano il villino d'angolo fra Via Salvagnoli e la Piazza. A sottolineare il rapido evolversi degli eventi in quella pacifica rivoluzione del 27 Aprile, Salvagnoli ebbe a dire con pittoresca espressione: "ed alle sei la rivoluzione andò a pranzo..."

Via S. Caterina d'Alessandria (il nome è rimasto invariato): si trova sul lato nord della Piazza. Questo tratto di strada servi a collegare la Piazza con Via delle Ruote; ciò richiese la demolizione di parte delle Scuole dell'Opera Pia delle Zitelle Povere (la parte residua è attualmente sede

dell'Agenzia n. 6 della Cassa di Risparmio di Firenze); come era successo per Via S. Apollonia il Comune ordinava la demolizione dei monasteri ma poi, come riconoscimento, ne attribuiva il nome alla strada...



Via Enrico Poggi (già Via delle Officine): il nome di Via delle Officine fu attribuito in quanto nei progetti originari la sua posizione alla estremità del nuovo quartiere l'avrebbe resa idonea all'insediamento per la fabbricazione dei cordami ed altri lavori incomodi e dannosi per il pubblico.

Il nome sarà poi attribuito a Enrico Poggi, Ministro di Grazia e Giustizia nel governo provvisorio durante il quale la Toscana venne unita al regno di Vittorio Emanuele II. Lungo la Via si svilupperà, nella prima metà del nostro secolo, l'attività religiosa dei Missionari del Sacro Cuore.

Via Ferdinando Bartolommei (già Via S. Francesco Poverino): si trova sul lato nord della Piazza e fa angolo con Via S. Caterina; rappresentò, dopo Via S. Apollonia, una seconda via di comunicazione fra la Piazza e Via S. Zanobi. Anche in questo caso, come per Via S. Apollonia e Via S. Caterina, il nome dato alla via rappresenta un risarcimento morale

per la demolizione dell'oratorio di S. Francesco Poverino. Il nome è stato successivamente attribuito a Ferdinando Bartolommei che si mise in evidenza come uomo politico per le riforme liberali negli anni 1847-1848 e perorò la causa dell'Unità d'Italia; nel suo palazzo in Via Lambertesca si teneva salotto fra i liberi toscani.



Via Barbano: la Via ha conservato l'originaria denominazione; fu così denominata in quanto attraversava tutto il podere di Barbano, un omaggio al proprietario che coltivava ortaggi nei

pressi della Fortezza da Basso e che ne fu espropriato; doveva godere buona fama in città se non venne dimenticato al momento di dare un nome ad una delle nuove strade intorno a Piazza.



Via Giuseppe Dolfi (già Via Remota); fu alle origini chiamata Via Remota per la sua lontana ubicazione;

si trattava infatti dell'ultima strada che comunicava lungo le mura. Il nome fu poi attribuito a Giuseppe Dolfi, un fornaio con negozio in Borgo San Lorenzo, che fu uno dei più attivi rivoluzionari ed incarnò l'anima popolare toscana nel movimento unitario nazionale. Nella sua bottega si incontrarono più volte Garibaldi e Mazzini.



Via Cosimo Ridolfi (già Via S. Paolo); la via fu alle origini chiamata S. Paolo perché iniziava al centro della piazza e sboccava in faccia al bastione della Fortezza denominato S. Paolo.

Dopo i moti per l'indipendenza alla strada fu attribuito il nome di Cosimo Ridolfi per l'attiva partecipazione alla preparazione del ritiro del Granduca Leopoldo II.

Via Giuseppe Montanelli (già Via della Piazza); collega il lato sud della Piazza con Via Evangelista (oggi Via Guelfa); in mancanza di altri riferimenti fu chiamata alle origini Via della Piazza in quanto rappresentava il collegamento con Via Evangelista, una delle principali Vie dell'epoca.

Il nome fu in seguito attribuito a Giuseppe Montanelli, giornalista e politico, che comandò i volontari Pisani a Curtatone; fu uno dei maggiori protagonisti degli eventi che costrinsero il Granduca Leopoldo II ad abbandonare Firenze in quel fatidico Ventisette Aprile del 1859.



Via Ventisette Aprile (già Via S. Apollonia); fu chiamata alle origini Via S. Apollonia come risarcimento morale all'omonimo Monastero che fu in parte demolito per realizzare la strada. Ha preso successivamente il nome di Via Ventisette Aprile a ricordo del giorno in cui si svolsero i moti rivoluzionari del 1859. Tutti i materiali di demolizione furono trasferiti sulla Piazza per alzarne

il livello di due metri e mezzo; questa provvidenziale sopraelevazione, come aveva previsto l'Architetto addetto ai lavori, avrebbe salvato la Piazza dalle future alluvioni; così fu, miracolosamente, per l'alluvione del 1968!



In corrispondenza al lato sud della Piazza il tratto dell'attuale Via Nazionale, fino all'incrocio con Via Guelfa, fu chiamato Via de' Robbia e sotto l'attuale targa di Via Nazionale di questo tratto compare la vecchia denominazione.

Un doveroso riconoscimento a Luca della Robbia in quanto che, questo tratto, fu realizzato demolendo alcune case che appartenevano nel XV secolo ai Della Robbia.

Durante la demolizione furono trovate le gole delle fornaci e frantumi di quella terra che serviva a Luca della Robbia per forgiare le opere che lo resero celebre. Questi materiali furono trasferiti sulla Piazza per alzarne il livello; è suggestivo pensare, per chi si trova a passare nella parte sud della Piazza, di camminare sopra così prestigiosi cimeli storici!

Un'altra significativa eccezione: a sottolineare l'avversione dei fiorentini per tutto ciò che poteva ricordare l'occupazione austriaca, sotto tutte le altre targhe del tratto di Via Nazionale, che va da Via Guelfa verso Piazza S. Maria Novella, non compare mai la piccola targa che ricordi il precedente nome di Via Tedesca. Già lo scultore Enrico Pazzi era solito ricoprire con un cartello con scritto "Via Nazionale"

le targhe che indicavano l'allora "Via Tedesca"; la polizia faceva togliere i cartelli ed il Pazzi li rimetteva puntualmente al loro posto; venne poi la rivoluzione del 1859 e l'antico battesimo di Via Nazionale, voluto dal Pazzi, diventò il nome ufficiale della Via, ma senza alcun riferimento alla precedente Via Tedesca.



Via del Pratello; anche questa Via ha conservato l'originaria denominazione che fu attribuita alla strada in quanto sboccava in Via Evangelista (ora Via Guelfa) in faccia al suolo alberato detto pratello.



Un incontro con l'arte cinematografica

Nel 1975 Mario Monicelli girava alcune scene del film "Amici miei" nello studio di direzione dell'Istituto Fanfani, situato al n°18 di Piazza della Indipendenza.



Il Professor Sassaroli (Adolfo Celi) e l'Architetto Melandri (Gastone Moschin) nel film "Amici miei", di Mario Monicelli (1975). Scene girate nello studio di direzione dell'Istituto Fanfani, in Piazza della Indipendenza n° 18.



Nella Firenze del 1920 esistevano efficienti servizi di collegamento fra Piazza Signoria e Piazza della Indipendenza.



Una foto Alinari del 1922. Non mancava all'epoca la linea omnibus che collegava Piazza della Signoria con Piazza della Indipendenza; i cartelli segnaletici posti davanti e sul retro dell'omnibus mostrano chiaramente le destinazioni.



Consiglio Sanitario Regionale

Osservatorio Permanente sul Sistema di Emergenza-Urgenza della Regione Toscana

Gruppo di lavoro: “Gestione del paziente politraumatizzato”

Pubblichiamo il testo del documento sulla gestione del paziente politraumatizzato, approvato nella Conferenza di Consenso del CSR del 26 gennaio 2010.

1. Introduzione

Secondo il nuovo PSR 2008-2010 la rete del trauma, nel triennio di vigenza del Piano 2005-2007, ha raggiunto punti di grande qualificazione sulla base degli obiettivi basilari che il Piano stesso indicava:

1. un sistema preospedaliero, tale da assicurare una base di soccorso qualificata sul piano operativo.
2. l'identificazione dei Trauma Center (Hub) rispetto alla possibilità di assolvere ai compiti non attuabili presso i Centri Spoke.
3. un trasporto rapido e protetto fino al Presidio Ospedaliero, non il più vicino, ma il più appropriato per la situazione clinica.
4. una risposta di più professionalità specialistiche integrate in team.

Il PSR attuale perfeziona la definizione della rete del trauma incardinando sulle quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie i suoi centri nodali (centri HUB: AOU Careggi Firenze, AOU Le Scotte Siena e AOU Pisa e nell'AOU Meyer per il trauma pediatrico), che “si distinguono per essere sedi di attività radiologiche e interventistiche operative oltre che di chirurgia specialistica cardiovascolare e neurologica”. Si ritiene che la centralizzazione dei casi di trauma maggiore (TM) in centri di riferimento comporti vantaggi sul piano clinico-assistenziale ed economico; ad oggi però non sono disponibili dati conclusivi in tal senso anche se viene accettato che un centro HUB dovrebbe assicurare uno standard di attività (esempio, trattamento di non meno di 400-500 casi anno in ciascun centro HUB) e la capacità di risolvere al suo interno ogni tipo di problematica specialistica.

Il PSR privilegia un modello di assistenza *inclusivo*, caratterizzato dalla attivazione di un sistema di risposta che coinvolge tutte le strutture che operano sul territorio regionale (ospedali territoriali- SPOKE e Aziende Ospedaliero-Universitarie- HUB) essendo ciascuna di queste in

possesso dei requisiti necessari per assicurare e/o avviare interventi tempestivi continui e appropriati nelle diverse fasi assistenziali (emergenza-urgenza, acuzie, post-acuzie, riabilitazione intensiva ed, eventualmente, estensiva). Il sistema costituito dai Centri SPOKE e HUB e dalla rete 118 costituisce il Sistema Trauma della Regione Toscana (STRT).

Il modello che si sta attuando tende alla sensibile riduzione delle morti conseguenti a TM e al contenimento della frequenza e complessità delle sequele disabilitanti da esso derivanti.

2. Centralizzazione del Trauma maggiore presso un centro HUB

2.1. L'emergenza sanitaria territoriale rappresenta il primo anello della catena della sopravvivenza, sia per quanto attiene la patologia di natura traumatica che non traumatica. La richiesta di intervento, pervenuta alla Centrale Operativa 118 (CO) di competenza territoriale, deve necessariamente essere “processata”; la raccolta delle informazioni consente alla CO di attribuire all'evento l'appropriata criticità (in ordine decrescente rosso, giallo, verde, bianco) e di operare le migliori scelte in termini di mezzi ed equipaggi da attivare, più adeguati per numero, professionalità, dotazioni e tempistica stimata di intervento al soccorso. L'arrivo sul luogo dell'evento dei mezzi e degli equipaggi attivati dalla CO consente l'inizio della fase di soccorso vero e proprio che deve prevedere non solo l'attività valutativa e la messa in atto delle manovre e tecniche previste in caso di traumatismo, ma anche, se trattasi di eventi traumatici a coinvolgimento plurimo, un'attività di triage (sproporzione fra numero di soggetti coinvolti e numero di personale addetto al soccorso).

2.2. Sul luogo dell'evento viene intrapresa un'attività decisionale congiunta fra il personale presente sul posto e la CO relativamente alla scelta dell'ospedale di destinazione, in funzione

delle condizioni cliniche, delle distanze, delle disponibilità reali all'accettazione, degli elementi contingenti che possono significativamente influenzare i tempi di percorrenza. La scelta dell'ospedale di destinazione in grado di garantire il più appropriato livello assistenziale risulta uno degli aspetti di maggiore criticità per quanto attiene i pazienti traumatizzati, in considerazione delle molteplici evidenze che il tempo che intercorre tra l'evento trauma ed il raggiungimento del presidio di destinazione in grado di fornire il trattamento appropriato e definitivo, condiziona in maniera rilevante l'outcome sia in termini di mortalità che di disabilità. Pertanto, le modalità di soccorso preospedaliero, la distanza ed il livello assistenziale garantito dai presidi ospedalieri di destinazione, il tempo stimato di trasporto in funzione anche delle condizioni meteorologiche e/o di viabilità rappresentano variabili rilevanti ai fini di operare la migliore scelta possibile del presidio di destinazione.

Lo sviluppo di linee guida per la scelta dell'ospedale di destinazione più appropriato per ciascun paziente in relazione a tutte le variabili contingenti si fonda sull'analisi dei fattori di rischio che consentono di selezionare quei pazienti che, con maggior probabilità, evolveranno, individuando quelle condizioni particolari che meglio di altre possono predire il rischio di evoluzione in senso peggiorativo del paziente traumatizzato.

2.3. I criteri scientifici che sostengono i principi della centralizzazione si fondano sostanzialmente su tre elementi: le necessità terapeutico-assistenziali di emergenza/urgenza, il tempo di cui si può disporre per realizzare le cure necessarie, il tempo di trasporto pre-ospedaliero definito come l'intervallo temporale dal momento della partenza dal luogo dell'evento fino all'arrivo all'Ospedale di destinazione. Gli stessi parametri risultano il presupposto per la necessaria integrazione funzionale territorio-ospedale, nel senso che il sistema deve essere predisposto affinché l'ospedale ricevente sia in grado di "dare continuità alla centralizzazione" in termini di accoglienza e realizzazione dell'appropriato percorso diagnostico-terapeutico.

2.4. Il ricovero in regime di emergenza di un trauma maggiore (TM) viene effettuato, presso i Centri del STRT (HUB e SPOKE), dopo il semplice preavviso, in tempi utili per l'accoglienza, da parte della Centrale operativa (CO) competente.

Il centro HUB assicura, nell'arco delle 24 ore,

la ricettività continua dei casi di TM dotandosi di protocolli interni necessari alla gestione contemporanea di più casi e di un collegamento con gli altri centri HUB e i centri SPOKE regionali per assicurare, in ogni caso, una assistenza specialistica.

I centri SPOKE a loro volta assicurano la ricettività continua dei casi di TM dotandosi di protocolli interni e di un collegamento con i centri HUB di riferimento e con altri centri SPOKE.

2.5. L'algoritmo decisionale.

Nel diagramma di flusso allegato (**Allegato 1**) viene rappresentato l'algoritmo decisionale per i processi di centralizzazione primaria (direttamente dal luogo dell'evento) verso il centro Hub, in caso di intervento sul luogo dell'evento di mezzi ALS con professionista sanitario a bordo: se, terminato il necessario intervento di soccorso in loco, il tempo stimato di trasporto (via terra o aria) risulta pari a non più di 30 minuti, il trasporto dovrà essere effettuato direttamente presso il centro HUB in presenza di positività di uno o più criteri fisiologici e/o anatomici.

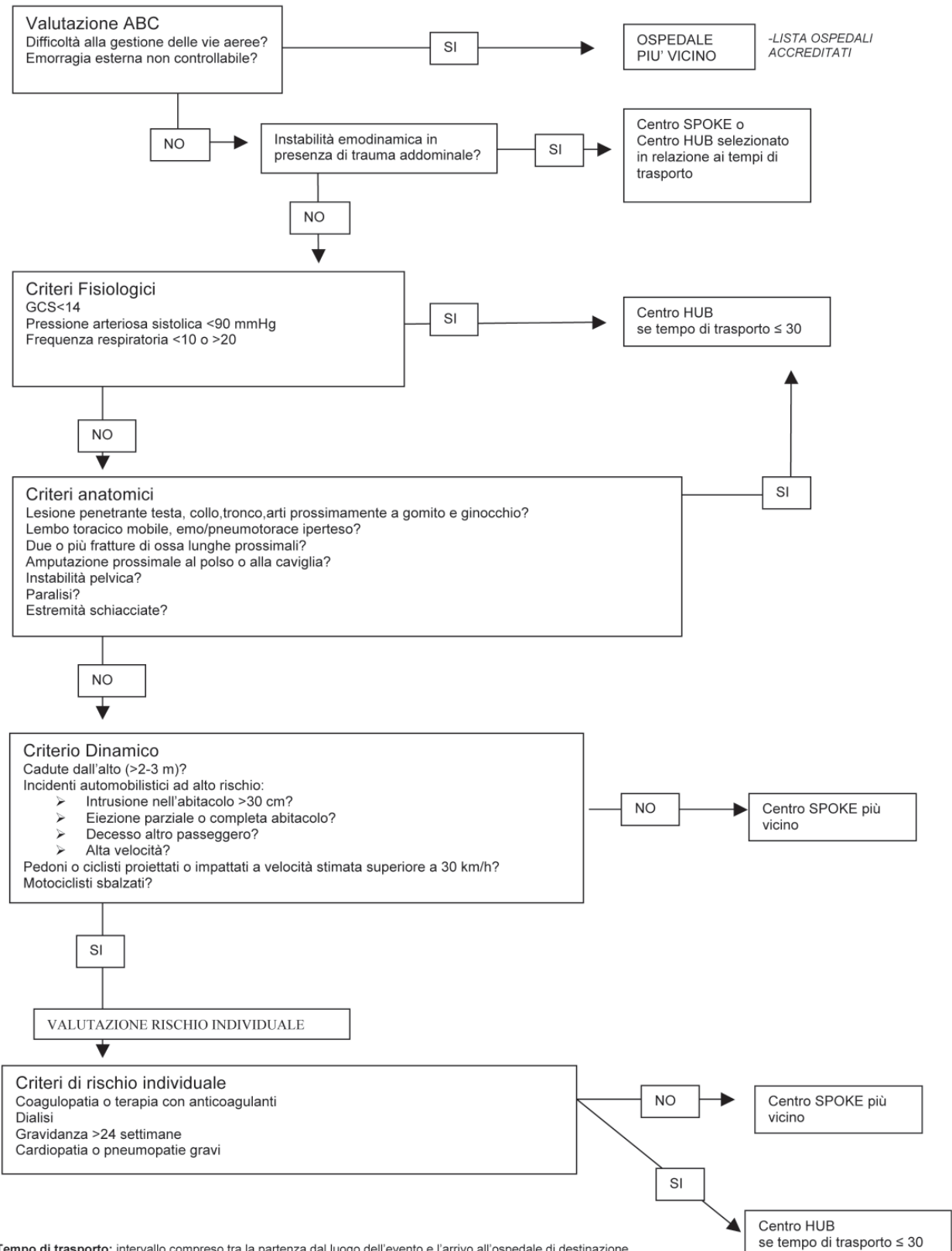
Fa eccezione il caso in cui per problemi di gestione delle vie aeree, non risolvibili dal team territoriale, e per emorragie esterne non controllabili, sarà necessario trasportare il paziente al Pronto Soccorso più vicino. In caso di instabilità emodinamica in presenza di trauma addominale, il paziente deve essere trasportato presso il centro SPOKE o HUB in relazione al tempo di trasporto previsto.

In assenza di positività di uno o più criteri fisiologici e/o anatomici, la destinazione prescelta sarà rappresentata dall'Ospedale di destinazione (SPOKE o HUB) più vicino al luogo dell'evento anche in presenza di positività di criteri dinamici. Fa eccezione la eventuale coesistenza di situazioni individuali particolari (coagulopatie; terapia con anticoagulanti; dialisi, gravidanza > 24 settimane, gravi cardiopatie; gravi pneumopatie) ove occorre prevedere il trasporto diretto ad un centro HUB.

2.6. N.B. In caso di intervento di équipe BLS, senza professionisti sanitari, garantito il soccorso di base (ossigenazione, immobilizzazione e controllo di eventuali emorragie esterne), il trasporto dovrà di necessità essere effettuato presso il Pronto Soccorso più vicino al luogo dell'evento, qualora il tempo di arrivo di un professionista sanitario sul paziente, attivato per rendez-vous

Allegato 1

Trauma Maggiore (Adulto)-Algoritmo decisionale sulla scelta dell'ospedale di destinazione



Tempo di trasporto: intervallo compreso tra la partenza dal luogo dell'evento e l'arrivo all'ospedale di destinazione

sul luogo dell'evento od in itinere, sia superiore al tempo necessario per trasportare il paziente al PS più vicino.

3. Criteri clinici per la centralizzazione del Trauma maggiore da un centro SPOKE ad un centro HUB

3.1. I casi di TM trattati presso i centri SPOKE debbono seguire un iter diagnostico terapeutico veloce (fast-track) in modo tale che entro la prima ora sia possibile documentare il bilancio lesionale e programmare, in condizioni di stabilità emodinamica, il trasferimento secondario presso un centro HUB. I criteri dinamici debbono essere presi in considerazione in ogni ospedale (HUB e SPOKE) per escludere rapidamente la presenza di lesioni misconosciute non documentate in precedenza.

3.2. Ciascuna delle condizioni cliniche sotto elencate (isolata od associata alle altre) deve consigliare il trasferimento rapido dei casi di trauma maggiore, in condizioni di stabilità emodinamica, da un centro SPOKE a un centro HUB.

TRAUMA CRANICO

- GCS < 9.
- Deterioramento del GCS di 2 o più punti.
- Segni neurologici focali.
- Ferite penetranti o ferite aperte con o senza fistola liquorale o perdita di materia cerebrale.
- Fratture della volta affondate.
- TAC positiva per ematoma epidurale, sub-durale, contusione emorragica intra-parenchimale, edema cerebrale, pneumoencefalo, emorragia sub-aracnoidea post-traumatica, shift della linea mediana, segni di danno assonale diffuso.

TRAUMA VERTEBRO-MIDOLLARE

- Fratture/lussazioni instabili o potenzialmente instabili documentate.
- Pazienti con sintomatologia da lesione spinale.

TRAUMA TORACICO

- Ferite penetranti in cavità.
- Lesioni toraciche complesse con contusione multilobare ed ipossia severa (PaO₂/FiO₂ < 200).
- Emotorace perdita iniziale cospicua e perdita di sangue dell'ordine di 200-300 ml/h per più di 3 ore.
- Fistola bronco-pleurica ad alta portata.
- Lacerazione traumatica dell'esofago.
- Rottura traumatica della trachea.

TRAUMA CARDIACO E VASCOLARE

- Lesione traumatica del cuore e/o dei grossi vasi (aorta e/o tronchi sovra-aortici).
- Emopericardio.

TRAUMA VASCOLARE

- Lesioni vascolari da schiacciamento estese.
- Lesioni vascolari che richiedono trattamento di radiologia interventzionista.
- Lesioni di potenziale competenza chirurgica vascolare.

TRAUMA MASSICCIO FACCIALE E ORL

- Lesioni con alterazioni del visus da compressione della via ottica riparabili chirurgicamente.
- Sanguinamento non altrimenti controllabile in sede di fratture.
- Frattura bi- o multifocale della mandibola, fratture complesse della regione naso-etmoido-mascellare, ecc...).

TRAUMI ORTOPEDICI

- Fratture multiple delle ossa lunghe.
- Amputazioni o sub-amputazioni.
- Fratture complesse del bacino.

PAZIENTI USTIONATI

- Ustioni con lesioni traumatiche concomitanti in cui l'ustione rappresenta la lesione più importante ai fini della sopravvivenza.

4. Il trauma maggiore presso Aziende Ospedaliero-Universitarie della Toscana (Centri HUB).

4.1. I centri di riferimento (Hub) dovranno garantire un volume di attività indicativamente non inferiore ai 400-500 casi/anno.

Le professionalità cliniche che debbono essere presenti nell'Ospedale, sede HUB sono:

- Pronto Soccorso (pronto soccorso unico).
- Medicina di Urgenza.
- Anestesia e Rianimazione dotata di Terapia Intensiva dedicata alla emergenza.
- Chirurgia Generale dedicata esclusivamente o con orientamento alla chirurgia d'urgenza (sala operatoria polivalente rapidamente accessibile dedicata all'emergenza).
- Neurochirurgia.
- Traumatologia Ortopedica (un medico di guardia e due medici reperibili).
- Chirurgia Vascolare.
- Cardiologia e cardiologia invasiva.
- Radiologia.

4.2. Deve essere garantito il supporto tramite la presenza h24 di:

- Laboratorio per gli esami ematochimici di urgenza.
- Servizio di immunoematologia che possa garantire l'immediata disponibilità (anche con emoteca in PS) di emocomponenti in emergenza.

4.3. Altre professionalità reperibili come servizio di Pronta disponibilità o coinvolte in successione sono quelle relative a:

- Anestesia e Rianimazione.
- Chirurgia generale.
- Neurochirurgia.
- Radiologia interventistica.
- Ultrasonografia vascolare
- Chirurgia toracica
- Chirurgia maxillo-facciale
- Ostetricia-ginecologia
- Chirurgia ORL
- Oculistica
- Chirurgia Urologica
- Microchirurgia ricostruttiva /chirurgia dei reimpianti di arto e/o parti di arto
- Cardiochirurgia

4.4. Allertamento e fase di Pronto Soccorso

4.4.1. La CO 118 provvede ad allertare il PS del Centro HUB appena individuata la necessità di centralizzare il paziente secondo criteri definiti. L'allertamento dovrà indicare il tempo stimato di arrivo del paziente, e quante più informazioni cliniche possibili, in particolare quando a tali informazioni sia legata l'attivazione di una specialistica non già prevista nel trauma team di accoglienza.

4.4.2. Il trauma Team di accoglienza del paziente in PS è costituito da: Medico di Pronto Soccorso, Anestesista Rianimatore, Radiologo, Chirurgo Generale, due Infermieri di PS, 1 Operatore Socio-sanitario di PS. A questo possono aggiungersi specialisti di diverse discipline a seconda delle necessità emerse in fase di allertamento.

4.4.3. Durante la fase di pronto soccorso, in particolare al termine della secondary survey, o comunque quando emerga una indicazione specialistica specifica, il paziente viene preso in carico dalla figura di riferimento che a quel punto diventa il Team Leader ed in tale veste può disporre:

- Trasferimento presso la propria Unità Operativa o la Sala Operatoria;
- Coinvolgimento di altri specialisti;
- Esami diagnostici, procedure o terapie di

supporto atte a completare l'inquadramento definitivo o la stabilizzazione subito prima di trasferire il paziente.

4.4.4. La fase di Pronto Soccorso termina al momento della presa in carico dello/degli specialista/i di riferimento che dovrà/nno operare il prima possibile il trasferimento dal PS alla struttura di prima destinazione al fine di liberare il prima possibile il PS.

4.5 Fase di prima destinazione

4.5.1. Sala Operatoria. Il pre-allertamento della sala, le eventuali dotazioni specialistiche e l'allertamento di tutto il personale di sala operatoria sono compiti del chirurgo e dell'anestesista-rianimatore che prendono in carico il paziente. Eventuali ulteriori indagini diagnostiche dopo l'intervento chirurgico verranno pianificate a cura dei Reparti di destinazione.

4.5.2. Terapia Intensiva. In presenza di criteri di ammissione definiti, il paziente viene preso in carico dal Rianimatore che si occuperà di trasferirlo in ambiente di Terapia Intensiva. E' operativa o lo dovrà essere presso i Centri HUB una RTI dedicata ai pazienti direttamente afferenti dal PS, ed in particolare al trauma, in stretta vicinanza con il Pronto Soccorso.

4.5.3. Terapia Subintensiva. Al termine della secondary survey ed una volta che il paziente sia stabilizzato, qualora non presenti i criteri per l'ammissione in Terapia Intensiva, ma necessiti di monitoraggio clinico strumentale per le possibilità evolutive nelle successive 24-72 h, il paziente dovrà trovare la collocazione in Terapia Subintensiva. Viste le possibilità evolutive di questi pazienti è necessario che in ogni Centro HUB venga individuata la terapia Subintensiva in collegamento con una Terapia Intensiva. La presa in carico del paziente da parte del personale della Terapia Subintensiva dovrà essere guidata da protocolli aziendali operativi condivisi che integrino laddove necessario le competenze.

4.5.4. Degenza ordinaria. Al termine della secondary survey ed una volta che il paziente sia stabilizzato e non abbia caratteristiche di potenziale instabilità evolutiva, ma necessiti di ricovero in degenza ordinaria, solitamente chirurgica generale o ortopedica, per la gestione di problematiche specifiche (es. ferite, fratture) sarà assegnato dal medico di PS e preso in carico dalla U.O. di destinazione.

4.5.5. Osservazione Breve. Al termine della secondary survey ed una volta che il paziente sia stabilizzato e non abbia caratteristiche di

potenziale instabilità evolutiva, ma necessiti di osservazione nelle successive 24-48 h in vista del rinvio al domicilio senza ricovero, il paziente sarà trasferito presso i letti di Osservazione Breve del Pronto Soccorso.

4.6. Fase di destinazione post-acuta

4.6.1. Dopo la fase intensiva-subintensiva e/o l'eventuale intervento chirurgico una parte dei pazienti può richiedere:

- una permanenza in degenza ordinaria prima della dimissione. In questo caso presso i centri HUB è necessario individuare una struttura di indirizzo post-intensivo medico-internistico che accolga preferenzialmente questo tipo di pazienti sviluppando in questo settore le competenze e l'esperienza necessarie per garantire una gestione omogenea della casistica;
- una assegnazione a percorsi riabilitativi presso strutture dedicate; tali strutture, interne o esterne all'azienda, dovranno essere individuate al fine di garantire il completamento del percorso riabilitativo successivo alla fase di acuzie;
- una terza destinazione definitiva, attivabile talvolta direttamente dal Pronto Soccorso dopo l'inquadramento e la stabilizzazione del paziente, ma più spesso dopo la prima destinazione (dai reparti intensivi e subintensivi, chirurgici, medici), è costituita dal rinvio del paziente all'ospedale di competenza per territorio.

5. Il trauma maggiore presso ospedali in ambito ASL (SPOKE)

5.1. Negli ospedali dotati di Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie vengono istituiti i centri della rete trauma SPOKE. E' disponibile un collegamento alla rete del trauma (118-SPOKE-HUB) con scambio di informazioni cliniche e gestionali in tempo reale.

5.2. Il centro SPOKE dispone nell'arco delle 24 ore di:

- Medicina e Pronto Soccorso Medico-Chirurgico;
- Anestesia e Rianimazione;
- Chirurgia Generale;
- Radiologia;
- Laboratorio per gli esami ematochimici di urgenza;
- Servizio di immunoematologia che possa garantire l'immediata disponibilità (anche con emoteca in PS) di emocomponenti in emergenza;
- Pronte disponibilità situate all'interno del

DEU, di team di Anestesia e Rianimazione e di Traumatologia Ortopedica.

5.3. Per quanto concerne i traumi minori, ogni centro SPOKE stabilisce collegamenti operativi, per la propria area di competenza, con altre strutture ospedaliere presenti sul territorio.

5.4. Per alcuni Centri Spoke dotati di risorse specialistiche specifiche (vedi Neurochirurgia), con consolidata attività su alcune tipologie di traumi maggiori rappresentati in grande numero (v. traumi cranici maggiori), si ritiene ovviamente che l'attività suddetta debba continuare ad essere svolta presso gli stessi, facendo capo al centro HUB nel caso di pazienti particolarmente complessi .

5.5. Fasi di attività presso ospedali SPOKE

5.5.1. I casi di trauma maggiore che giungono all'osservazione degli ospedali territoriali (SPOKE) seguono un iter diagnostico terapeutico fast-track in modo tale che entro la prima ora sia possibile avere stabilito con certezza un bilancio lesionale completo .

5.5.2. Il trasferimento presso HUB dei casi di trauma maggiore ricoverati in ospedali territoriali deve essere effettuato non oltre 1 ora dal momento della sua pianificazione

5.5.3. Il trasferimento presso i centri HUB, ricoverati in ospedali territoriali e non richiedenti nell'immediato chirurgia o procedure specialistiche deve essere effettuato dopo aver pianificato il trasferimento stesso con la Terapia Intensiva di riferimento del centro HUB che si farà carico di pianificare e garantire il percorso intraospedaliero compreso il ricovero definitivo.

5.5.4. In tutti i casi di trauma maggiore, con accertata o potenziale lesione che richieda con certezza o consigli il trasferimento da un SPOKE a un centro HUB per interventi specialistici, il medico responsabile del trattamento deve pianificare il trasferimento con la specialità di riferimento presso lo stesso centro.

5.5.5. Se il trasferimento presso HUB viene richiesto per l'esecuzione di interventi chirurgici o di stabilizzazione non chirurgica (es. endovascolari), prima del trasferimento debbono venire escluse e/o messe sotto controllo le emorragie in modo tale da potere rendere sicura sia la fase del trasferimento che quella relativa ai successivi interventi previsti presso il centro di riferimento

5.5.6. Nei casi in cui il paziente sia stato sta-

bilizzato e sia stata completata la “secondary survey” presso l’ospedale ASL è possibile trasferire il paziente direttamente presso la struttura dove è prevista l’esecuzione immediata dell’intervento (esempio neurochirurgia).

5.5.7. Sulla base delle casistiche prese in considerazione è necessario richiamare l’attenzione sul fatto che la fase del trasferimento inter-ospedaliero debba essere preceduta e portata a termine avviando e mantenendo il trattamento aggressivo di neuroprotezione e di prevenzione della ipoperfusione

5.5.8. È necessario che durante tutta la fase del trasferimento dei casi di trauma maggiore di interesse anestesiológico-intensivo venga garantita la continuità anestesiológica-rianimatoria sui mezzi di soccorso

5.5.9. Ai fini di una corretta ricostruzione della gestione clinica dei casi di trauma maggiore è necessario che la documentazione relativa alla fase preospedaliera-118, alla fase di pronto soccorso, eventualmente alla fase della sala operatoria, alla fase di trattamento intraospedaliero e di trasporto sia completa in ogni sua parte.

6. Il Pronto Soccorso nella rete del trauma e l’impatto ospedaliero

I casi di trauma maggiore rappresentano presso i centri HUB circa 1.5% della casistica di ingresso in PS e circa il 40% di tutti i codici rossi; gli attuali tempi di trattamento in PS sono compresi tra le 4 e le 6 ore .

Allo stato delle cose la presenza di un caso di trauma maggiore in PS richiede l’impiego pressoché esclusivo di un medico, 1-2 infermieri, 1 oss.; il trauma ha un impatto notevole sull’attività del PS ed in particolare determina un assorbimento di risorse elevatissimo.

7. La Radiologia d’Emergenza (o di Urgenza) nei DEA

7.1. Presenza del Radiologo

La questione sulla presenza del radiologo in regime di guardia attiva o in reperibilità è di fatto superata dalla quantità e dalla complessità delle prestazioni richieste in urgenza, in particolare per pazienti con TM, in questi ultimi anni in continuo aumento.

7.2. Logistica

Nel Dea di II livello la Radiologia d’Urgenza deve essere un reparto dedicato interamente all’emergenza e deve essere situata all’interno o nelle immediate vicinanze dell’Area dell’Emer-

genza (tempi di intervento ridotti; radiologo inserito nel team).

Negli ospedali sede di Dea di I livello la Radiologia d’Urgenza è un servizio che viene effettuato dalla radiologia centrale dell’ospedale con turni di guardia attiva h24 del personale coinvolto.

7.3. Tecnologia

7.3.1. Nei centri HUB devono essere previste almeno:

- due sezioni radiologiche per lo più digitali o digitalizzate con sistemi CR, munite inoltre di apparecchi portatili per esami a letto del paziente;
- una sezione ecografica (con apparecchi multidisciplinari, dotati di sonda e modulo ecocardio, e dotate inoltre di apparecchi portatili per esami a letto);
- una sezione TC multistrato;
- una sezione di RMN (eventualmente se non presente in Dea, presente in immediate vicinanze);
- apparecchio radiologico da sala operatoria con possibilità di utilizzo per indagini vascolari e d’interventistica;
- una sezione di radiologia vascolare ed interventistica nelle immediate vicinanze del PS;
- sezione di neuroradiologia con guardia attiva e reperibilità (vascolare e interventistica) nelle immediate vicinanze del PS;
- sistema Ris-Pacs (Radiology Information System-Picture Archiving and Communications System);

7.3.2. Nei centri SPOKE devono essere previste:

- una sezione diagnostica dedicata all’emergenza h24 preferibilmente nelle immediate vicinanze del PS;
- una sezione di ecografia dedicata all’emergenza h24;
- una sezione di TC multistrato h24 dedicata all’emergenza nelle immediate vicinanze;
- sistema RIS-PACS (Radiology Information System-Picture Archiving and Communications System).

7.4. Aspetti Organizzativi

La Radiologia d’urgenza dei centri HUB deve garantire un servizio di guardia attiva di medici e TSRM h 24, con almeno due medici per turno di radiodiagnostica e uno reperibile, due TSRM, un medico neuroradiologo di guardia e 1 reperibile, personale infermieristico almeno 2 per turno, reperibilità angiografica e interventistica di medico, TSRM e infermiere.

Nei centri SPOKE dovrà essere presente preferibilmente nelle immediate vicinanze del PS un turno di guardia attiva h 24 di almeno 1 medico radiologo, due TSRM, 2 infermieri più un reperibile medico radiologo e TSRM, e infermiere.

8. Aree intensive e sub-intensive nella rete del trauma

Presso il centro HUB deve essere attuata una riorganizzazione dell'area critica che deve prevedere:

- una terapia intensiva funzionale al centro HUB in grado di offrire la disponibilità assistenziale H24 a tutti i casi di trauma maggiore centralizzati;
- un'integrazione funzionale tra letti di terapia intensiva e terapia sub-intensiva in modo tale da rendere comunque disponibile la terapia intensiva nei casi di trauma maggiore (variabilità della intensità di cura)
- un coordinamento operativo di Area Vasta e Regionale rispetto alla gestione dei posti letto intensivi in tempo reale

9. Fast-track ospedaliera per il trauma

Sintetizzando, la struttura designata all'accettazione dei traumi, seppure con obiettivi finali differenziati per HUB e SPOKE, per prevenire morbilità e mortalità evitabili correlate al trauma deve mettere a disposizione:

- un team di operatori sanitari, guidati da un "leader" adeguatamente addestrato ed organizzato, che provvedano al trattamento rianimatorio ed ad un inquadramento diagnostico rapido, organizzato con sequenze prestabilite e livelli di priorità, che miri all'accertamento e stabilizzazione (chirurgica o no) definitiva di tutte le lesioni ad alta mortalità e morbilità;
- la presenza degli specialisti previsti secondo criteri HUB o SPOKE nell'arco delle 24 ore deve prevedere un intervento sequenziale secondo priorità e, solo in casi limitati, contemporanei e comunque previsti da algoritmi decisionali;
- la presenza di protocolli orientati alla minore invasività possibile attraverso l'implementazione diffusa della ecografia multidisciplinare e nei centri HUB della terapia endovascolare ed endoscopica per trasformare molti casi di trauma maggiore in casi di trauma maggiore non chirurgico;
- la presenza di protocolli relativi alla stabilizzazione immediata o precoce, a seconda dei

casi, nella traumatologia ossea;

- una logistica il più possibile imperniata sul paziente stesso, limitando al massimo quindi gli spostamenti per diagnostiche e chirurgia e comunque fornendo anche in itinere lo stesso e continuo livello di trattamento e monitoraggio delle funzioni vitali.

9.2. Le strutture chirurgiche (generali, ortopedico-traumatologiche, specialistiche) coinvolte nella fase diagnostica dovranno delineare operativamente "vie veloci" e percorsi dedicati alla patologia traumatica maggiore.

9.3. Le strutture anestesologiche e intensive dovranno assicurare la continuità delle cure con "vie veloci" ed espressamente dedicate per l'accesso alla sala operatoria e garantire la certezza del ricovero nelle strutture intensive.

9.4. Ogni ospedale, sia esso sede HUB o sede SPOKE, deve arrivare entro un anno al completamento dell'assetto organizzativo e operativo, secondo quanto stabilito.

10. Integrazione informatica e gestione dei dati

1. I collegamenti informatici tra i centri della rete del trauma dovrebbero prevedere anche la possibilità di invio e ricezione di immagini (specialmente radiologiche), oltre che di raccolta dati su tutti i pazienti traumatici trattati.

2. L'invio di immagini (almeno TAC) da SPOKE a HUB e viceversa rappresenta una condizione indispensabile per il funzionamento del sistema.

3. L'impianto di un sistema di registrazione dati riguardanti il trauma maggiore (trauma registry) che allo stato delle cose ha avuto un inizio di attività per mezzo della Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente della Regione.

11. Costituiscono parte integrante del presente documento gli allegati sulla gestione di condizioni traumatologiche speciali (il grande ustionato, trauma in gravidanza, trauma e coagulopatie congenite, trauma vascolare, trauma e intossicazioni, trauma pediatrico, trauma e chirurgia della mano, il trauma epatico maggiore, trauma e terapia iperbarica, la chirurgia ortopedica nel trauma maggiore).

La colecistectomia laparoscopica in ricovero breve

Prestazione d'eccellenza in un piccolo ospedale periferico

Ciò che da gran tempo è consueto, anche se peggiore dell'inconsueto, di solito disturba meno; tuttavia, talvolta, occorre cambiare passando all'inconsueto...

(Ippocrate - "Gli Aforismi")

INTRODUZIONE

I piccoli ospedali periferici sono una caratteristica ancora evidente nella sanità italiana, nonostante che da qualche anno si siano fatti sempre più frequenti i tentativi di riorganizzazione della rete ospedaliera nazionale. Dove e quando è stato possibile i piccoli ospedali o sono stati accorpati in nuove strutture centralizzate, o sono stati riconvertiti per attività sanitarie, diverse dalle originarie, ma sicuramente di non minore importanza strategica. Esistono però anche piccole realtà ospedaliere che, per la loro particolare ubicazione, non hanno subito tale sorte; è ovvio che la complessità organizzativa è notevolmente minore in queste realtà rispetto a quella dei grandi ospedali centralizzati, ma è altrettanto ovvio che l'impegno di tutte le professionalità che quotidianamente concorrono a mantenere attive queste strutture deve essere sempre improntato alla massima efficienza, per produrre e fornire prestazioni il più possibile efficaci, nell'ottica di un miglioramento continuo e nel rispetto dei diritti dei cittadini.

La nostra è una realtà periferica del tutto particolare: il tentativo di organizzare una rete ospedaliera aziendale, pur in fase avanzata di studio, non ha ancora prodotto soluzioni definite e definitive; per questo la sfida che l'équipe chirurgica di questo ospedale si è posta è stata quella di cercare di fornire, in elezione ed in urgenza, risposte qualitativamente congrue, sia per soddisfare adeguatamente i bisogni della popolazione, sia per motivare gli stessi operatori.

Nel secolo scorso l'ospedale, inteso come luogo di cura delle malattie, doveva garantire la degenza dei pazienti anche per periodi molto lunghi. Col

diffondersi di una nuova cultura assistenziale, all'interno dell'ospedale si sono diffusi nuovi modelli organizzativi; uno di questi è rappresentato dalla cosiddetta Day Surgery (One Day Surgery quando sia previsto un *extended recovery* al periodo notturno) che, secondo il Royal College of Surgeon of England **"costituisce l'approccio terapeutico ideale dal punto di vista delle cure, dell'efficacia e della soddisfazione dei pazienti per gran parte degli interventi chirurgici"**.

MATERIALI E METODI

Fra gli obiettivi che negli ultimi tre anni abbiamo condiviso con la Direzione della nostra ASL, uno ha riguardato la realizzazione in ricovero breve (One Day Surgery - ODS) di una certa quota percentuale di Colecistectomie Laparoscopiche (CL) sul totale delle CL eseguite, in relazione ai codici 574.10 e 574.20 (Calcolosi della colecisti) indicati nella versione italiana della ICD-9-CM: rispettivamente 30% nel 2006, 48% nel 2007, 51% nel 2008. Per il 2009 tale obiettivo non è stato reiterato per la riconversione, come da normativa nazionale, del ricovero ODS in ricovero ordinario. Per cercare di ottenere il raggiungimento dei risultati richiesti abbiamo dovuto attivare un percorso che, a partire dall'arruolamento del paziente fino alla sua dimissione, fosse il più snello ed il più lineare possibile.

Come prima fase abbiamo condiviso, con tutte le UU.OO. coinvolte, un "Percorso di Pre-Ospedalizzazione" che ha riguardato comunque tutti i pazienti operandi in elezione per qualsiasi tipo di patologia non oncologica; dal momento dell'arruolamento si è previsto per il paziente, in esenzione

FERRUCCIO VEZZOSI, ALESSANDRO DERVISHI,
PAOLO ESERCITATO, UMBERTO CIGNONI,
GIANPAOLO ALFONSI, LUIGI CIOMPI,
FRANCESCO PAOLO MENNO

Azienda Usl 6 - Livorno
UOC Chirurgia Generale Elba
Direttore Dr. Ferruccio Vezzosi

completa di ticket, un percorso che, con tempi rapidi per l'esecuzione di tutti gli accertamenti necessari ad una anestesia, portasse a programmare, con certezza quasi assoluta, la data dell'intervento chirurgico. Sono stati quindi concordati, con le UU.OO. di Radiologia, di Patologia Clinica e di Anestesia, giorni ed orari certi per la realizzazione degli accertamenti diagnostici, ed è stata strutturata una lista d'attesa dalla quale risultasse evidente la data della prima visita (arruolamento), le date degli accertamenti da eseguire, la data della consulenza anestesologica con il relativo OK all'esecuzione dell'intervento (Figura 1). Esaurita questa prima fase del percorso, i pazienti sono stati ammessi alla definitiva lista d'attesa operatoria, con data di riferimento per l'intervento che, nel caso di CL, non ha mai superato i 20 giorni, se non su richiesta esplicita dei pazienti medesimi. Da Gennaio 2006 a Luglio 2009 abbiamo eseguito, sia in elezione che in urgenza, 183 CL per patologia benigna della colecisti. I pazienti, 105 F e 78 M, in età fra 15 e 83 anni, erano ricompresi, dal punto di vista anestesologico, nelle categorie ASA 1/ASA 3; di questi, i ricoveri programmati sono stati 143 (89 F e 54 M), pari al 78% circa. Tutti i pazienti programmati in elezione per la CL; sono stati accettati a ricovero ed operati la mattina programmata per l'intervento; 78 di questi (55%) rientrando nei parametri di cui alle precedenti codifiche ICD-9-CM e non avendo presentato complicazioni post-operatorie, hanno beneficiato del trattamento in ODS e sono stati dimessi entro le ore 10,00 della mattina successiva a quella del trattamento chirurgico (Tabella 1).

In due occasioni, per motivi contingenti (gestione di neonati lattanti), ci si è avvalsi, con tutte le precauzioni dovute, di ricovero e trattamento in Day Surgery, con dimissione nel tardo pomeriggio della giornata dell'intervento chirurgico.



CONCLUSIONI

È evidente che l'incremento percentuale che, nel corso degli anni ha visto una crescita esponenziale, variando dal 27% del 2006 al 68% del 2008, per attestarsi al 100%, come dato parziale del 2009, anche se l'anno in corso, tenendo conto che l'ODS, è stato reinserito nel computo dei ricoveri ordinari, non è misurabile con gli stessi parametri, sta a dimostrare che l'impegno profuso per la realizzazione del progetto ha ottenuto evidenti riscontri; se all'inizio la titubanza dei pazienti nell'accettare il ricovero breve era anche la nostra titubanza, col passare del tempo ci si è resi conto di quale fosse invece il valore del progetto e quanto le nostre aspettative fossero realizzabili. Infatti il Ricovero Breve, sia esso Day Surgery, One Day Surgery o comunque Ricovero Ordinario che non preveda più di un pernottamento, rappresenta un modello innovativo di qualità per la gestione della CL, e non solo; questo perché abbrevia i tempi di degenza ospedaliera, per ciò incidendo sulla riduzione dei costi legati alla ospedalizzazione e di conseguenza aumenta il comfort per i pazienti, riducendo contemporaneamente i rischi di complicanze (soprattutto sovrainfezioni infettive) legate alla degenza. Questo tipo di gestione, a nostro parere, può portare, in quanto sicuramente favorisce la riduzione delle ansie legate all'intervento chirurgico, alla sempre più richiesta ed auspicata umanizzazione del processo assistenziale.

TM



Figura 1

Tabella 1

Anno	CL totali	CL totali in elezione	CL in ODS	%	Obiettivo assegnato	Scostamento
2006	51	47	13	27,00%	30,00%	-3,00%
2007	47	38	20	51,00%	48,00%	3,00%
2008	57	42	29	68,00%	51,00%	17,00%
2009	28	16	16	100,00%		
Totale	183	143	78	54,60%		



Problemi etici in pneumologia

Con l'invecchiamento della popolazione, la morte avviene oggi per lo più a causa di malattie croniche caratterizzate dal processo del morire che si protrae nel tempo, mentre nel secolo passato la morte era causata soprattutto da malattie infettive e avveniva in modo acuto. Nel 2006 in Italia il 38% delle morti è stato determinato dalle malattie del sistema circolatorio, dai tumori nel 29% e dalle malattie del sistema respiratorio nel 6%; considerando però globalmente le malattie respiratorie (bpco, neoplasie polmonari, infezioni respiratorie e malattie restrittive comprensive delle malattie neuro-muscolari con interessamento respiratorio) queste rappresentano il 30% delle cause di morte. Continuo è poi l'incremento di decessi per malattie degenerative neurologiche che è legato in gran parte alla crescita dell'incidenza della malattia di Alzheimer per la quale si prevede un aumento di circa 300% nei prossimi 50 anni.

Nella nostra Regione il 65% dei deceduti ha avuto un ricovero ospedaliero nell'ultimo anno di vita e il 42% delle morti è avvenuto in ospedale (nella maggior parte dei casi in reparto internistico o in terapia intensiva) (dati del 2003). Anche per quanto riguarda i decessi dovuti a neoplasia, elevata è la percentuale di morti in ospedale; nella nostra Regione nel 2007 il 43% dei decessi dei malati oncologici avviene in istituto di cura pubblico, con incremento dal 32% per le classi di età più giovani al 60% per i soggetti di età >75 a.

Come ha avuto modo di puntualizzare C.A. Defanti nel saggio "La morte nella società attuale" nella società contemporanea il pensiero della morte è ampiamente rimosso dalla vita quotidiana e la morte per malattia è sempre più confinata nelle istituzioni sanitarie e assistenziali e la responsabilità della sua gestione viene delegata in modo pressoché esclusivo agli operatori della sanità. Questi ultimi, e noi medici in primo luogo, forse più che non il pubblico stesso, sembriamo esser vittima di quella rimozione e perseguiamo come nostro scopo prevalente, se non esclusivo, la difesa e il prolungamento della vita. Una delle conseguenze di questa impostazione del pensiero medico è la scarsità di dati disponibili sui meccanismi e sulla clinica del processo del morire nonché sull'assistenza al morente: una semplice ricerca effettuata consultando un gran numero di

manuali di medicina e di neurologia ha dimostrato che solo uno spazio minimo è dedicato alla morte e al morire.

ANDREA LOPES PEGNA

Direttore SOD Pneumologia 1 - AOU Careggi, Firenze

Le traiettorie delle malattie che portano a morte si diversificano tra loro per il diverso deterioramento delle funzioni

durante il processo del morire e quindi per il momento più indicato per affrontare la pianificazione anticipata delle cure riguardo anche alle scelte condivise di cure di fine vita. Non sempre è chiaro il passaggio dal "sentirsi ammalato" a quello di "sentirsi in fine di vita"; è importante saper riconoscere il passaggio dalle cure attive alle cure palliative. Le malattie croniche respiratorie (quali la broncopneumopatia cronica ostruttiva) sono spesso caratterizzate da episodi di riacutizzazione anche a rischio di vita che si possono risolvere dando sempre speranza non solo all'ammalato, ma anche al medico, di un possibile recupero che però appare sempre più insufficiente negli ultimi anni di vita. Questo spiega come mai confrontando l'ultima fase della vita degli ammalati di neoplasia polmonare con quelli con bpco, si riscontri in questi ultimi anni un più facile accesso alle strutture di Terapia Intensiva (TI). Questo fenomeno è spiegato dal fatto che alla bpco non si pensa quale condizione terminale; inoltre, diversamente dagli ammalati di neoplasia polmonare, i pazienti con bpco possono non riconoscere la loro traiettoria verso la morte.

In questo panorama delle patologie ed in particolare di quelle respiratorie vanno sempre ricordati i principi su cui si basa l'etica medica: beneficenza, non-maleficenza, autonomia del paziente, riservatezza, sincerità, giustizia distributiva e rispetto delle leggi. I dubbi etici in ambito clinico nascono quando si ha un conflitto reale o percepito tra due di questi principi o valori etici.

Per le patologie respiratorie si possono fare alcuni esempi di scelte difficili in ambito etico: alimentazione artificiale nella demenza allo stadio finale, cure oncologiche nella fase terminale della vita, scelte in TI quali "Withholding" - "Withdrawal", rianimazione Cardio-Polmonare (RCP), *Do Not Resuscitate* (DNR) e Scelte nelle malattie neuro-muscolari con compromissione respiratoria.

Alimentazione artificiale nella demenza allo stadio finale

Lo pneumologo è spesso coinvolto nella decisione se posizionare o meno la PEG (*Percutaneous*

Endoscopic Gastrostomy) ad un ammalato affetto da Alzheimer che si ricovera per episodi di *polmonite ab ingestis*. In merito all'opportunità di instaurare la PEG in un soggetto affetto da demenza in fase avanzata, quale quella che si manifesta con episodi di *polmonite ab ingestis*, occorre ricordare che spesso si fanno le seguenti dichiarazioni: "non possiamo lasciarlo morire di fame", "se non introduciamo la sonda svilupperà una polmonite", "non alimentarlo equivale all'eutanasia". Non si hanno però evidenze che il deperimento legato anche alla denutrizione sia causa di morte in questi ammalati e che un suo miglioramento migliori la prognosi della malattia; si ha mancanza di evidenza dell'utilità della PEG nel vecchio con demenza per quanto riguarda la sopravvivenza, le ulcere da pressione, lo stato nutrizionale e la *polmonite ab ingestis*. Le società scientifiche sono concordi nell'affermare che l'alimentazione artificiale non possa che essere considerata una terapia medica e se l'alimentazione non è comparabile a una terapia medica, non è vero però che la nutrizione artificiale sia uguale al cibo. Sulla base degli studi clinici esistenti, l'astensione all'alimentazione per sonda negli ammalati con demenza in fase avanzata non può essere considerata non etica dato che l'alimentazione artificiale non prolunga la loro sopravvivenza; c'è però chi pensa che la nutrizione artificiale nel demente sia sempre etica perché può ridurre la sofferenza data dalla fame e della sete. In realtà per evitare che il demente si strappi il tubo di alimentazione, questi potrebbe essere legato e questo creerebbe degrado e sofferenza; per un demente anche un semplice prelievo di sangue può essere causa di sofferenza perché non capito. Va infine ricordato che se la PEG non è proponibile in questo tipo di ammalati, l'alimentazione paziente con un cucchiaino per via naturale è sempre possibile.

Cure oncologiche nella fase terminale della vita

Numerosi contributi della letteratura scientifica indicano percentuali considerevoli di pazienti che sono sottoposti a trattamento chemioterapico nell'ultimo mese di vita. Anche nella nostra Regione (dati del Registro Toscano Tumori 2004) il trattamento chemioterapico è eseguito per oltre il 24% dei pazienti nell'ultimo mese di vita se di età inferiore a 74 anni e per il 6% se di età ≥ 75 anni. Si è cercato di spiegare i motivi di questo atteggiamento degli oncologi col fatto che il paziente chiede spesso di proseguire un trattamento e il medico, anche se è convinto della sua inefficacia, lascia la decisione di continuare al paziente, senza dirgli che non ci sono alternative e che deve continuare con cure non oncologiche ma solo palliative e di supporto generale. D'altro lato spesso nella fase pre-terminale si fa uso di farmaci *off-label* anche se gli oncologi dovrebbero ricordarsi che questi farmaci in fase I hanno una risposta solo nel 5% dei pazienti. Tra i principali motivi che possono spiegare l'ostinazione terapeutica va ricordata la difficoltà del medico nel far presente la realtà al paziente e ai suoi familiari. Fonte di riflessione è

lo studio di Silvestri e Coll. sulla scelta della chemioterapia tra pazienti con neoplasia polmonare in fase avanzata; è stato evidenziato che sebbene tutti gli ammalati avessero eseguito la chemioterapia solo $\frac{1}{4}$ di loro avrebbe egualmente preso la stessa decisione se fosse stato informato in modo più completo su questa terapia. A dimostrazione di quanto sia carente l'informazione data direttamente ai pazienti affetti da neoplasia per quanto riguarda la diagnosi della malattia e ancor più per la sua prognosi è lo studio di M. Costantini e Coll.; sulla base delle interviste eseguite ai familiari di un gruppo di pazienti deceduti per neoplasia emergeva che solo il 37% dei pazienti era informato sulla diagnosi e il 13% sulla prognosi. Il ricovero in Hospice, che sicuramente può garantire il controllo della sintomatologia nella fase terminale della vita dei malati oncologici grazie alle cure palliative, può presentare però ostacoli sia da parte dei pazienti (rifiuto di riconoscere il proprio stato di salute, desiderio di esaudire tutte le possibilità terapeutiche, percezione negativa dell'Hospice, giovane età del paziente) che da parte dei medici (riluttanza a discutere dell'Hospice per la paura della reazione del paziente, difficoltà di conoscere la prognosi, senso di fallimento professionale, perdita del controllo sulla gestione del paziente). Comune è in effetti il ricovero in Hospice di pazienti che non conoscono il loro reale stato di malattia e pensano che l'Hospice sia una casa di cura come le altre. Il problema principale di questo fenomeno è rappresentato quindi dalla scarsa capacità comunicativa del medico al quale spesso manca la formazione professionale per quanto riguarda la comunicazione in particolare delle cattive notizie.

Scelte in Terapia Intensiva

Withholding - Withdrawing e DNR (Do Not Resuscitate)

Col termine anglosassone "Withholding" si intende una decisione pianificata di non istituire terapie che dovrebbero essere altrimenti garantite (per es. l'intubazione, la dialisi, l'incremento di farmaci vasopressori, la chirurgia, le trasfusioni, la Nutrizione Idratazione Artificiale - NIA ecc.). Col termine "Withdrawing" si intende invece la sospensione di terapie già iniziate (per es. la diminuzione di FIO₂ al 21%, l'estubazione, chiudere l'interruttore del ventilatore, sospendere l'infusione di farmaci vasopressori ecc.). Nello studio di S. Nava e Coll. si constata il fenomeno che le decisioni di *withholding* sono più frequenti di quelle di *withdrawing*. Tra i motivi del medico per queste decisioni la preferenza del paziente incide solo nel 15% dei casi. Lo studio di C. L. Sprung e Coll. eseguito su Unità di Terapia Intensiva fa emergere la differenza nelle decisioni di fine vita in base all'appartenenza a varie religioni e culture dei medici che prendono tali decisioni. Mentre le decisioni di *withholding e withdrawing* sono più frequentemente prese nei Paesi del Nord Europa rispetto a quelle del Sud, nella religione ebraica prevalgono le scelte di *withholding* rispetto a quelle di *withdrawing*; per le altre religioni e per l'impostazione laica non esiste differenza tra

l'astensione e la sospensione di trattamenti medici, anche se diverse sono le valutazioni in merito alla sospensione della NIA.

Nei Paesi anglosassoni è stato dibattuto se i medici debbano, come suggerito dalla linee guida della British Medical Association, parlare con i pazienti in fase terminale dell'opportunità di non eseguire manovre rianimatorie (DNR) in caso di necessità. I favorevoli alla discussione col paziente affermano che la scarsa comunicazione e informazione si accompagna a scarsa soddisfazione del paziente, scarso controllo dei sintomi, scarsa compliance e la discussione sulla RCP è importante quanto quella di altre terapie nella fase terminale. I contrari alla discussione col paziente del DNR asseriscono che discutere di questo costringe il paziente a confrontarsi inevitabilmente col proprio destino con conseguenze negative, mentre il paziente deve mantenere speranze se non per la cura almeno per qualche conforto; ribadiscono l'importanza che il paziente deve morire in pace e che sia consentito al medico di rispettare il principio "*primum non nocere*": quando il paziente sta morendo non è etico discutere con lui sulle manovre rianimatorie. Sicuramente i pazienti non possono decidere se non capiscono bene le varie opzioni terapeutiche, conoscendo bene così i loro rischi e benefici; questo richiede preparazione, eventuale supporto di altre figure professionali, la scelta di linguaggio comprensibile. Dallo studio europeo di Vincent J-L et al. eseguito in pazienti che entrano in TI con scarsa speranza di sopravvivenza emerge la differenza nella scelta del DNR nei vari Paesi europei: il DNR è applicato in Italia solo nel 3% dei casi a fronte del 91% in Olanda. Dallo studio di Wenger NS et al. emerge inoltre un altro dato importante: i medici spesso non sanno riconoscere i desideri dei pazienti in merito alla loro scelta di RCP, specialmente quando questi hanno scelto di non essere più sottoposti a manovre rianimatorie. In TI idealmente le decisioni mediche dovrebbero essere prese dal paziente con l'unione della famiglia e del medico in base alla prognosi; molti lavori suggeriscono però che la comunicazione in questa area è spesso inadeguata e, anche se il peso dei trattamenti è spesso causa della decisione dei pazienti (durata del ricovero, invasività delle procedure, quanto il trattamento sia considerato solo un tentativo di cura), viene data scarsa enfasi di questo nell'informazione ai pazienti. Interessante sottolineare il fatto che anche i pazienti che hanno stilato delle Direttive Anticipate di Trattamento (DAT) sulle proprie preferenze per quanto riguarda eventuali manovre rianimatorie, nella maggior parte dei casi (63%), quando entrano in ospedale, manifestano difficoltà a comunicare le proprie decisioni col medico, evidenziando un conflitto tra le proprie decisioni e la realtà dove queste dovrebbero essere accettate. Studi recenti hanno dimostrato risultati positivi nel consentire la presenza del familiare durante le manovre rianimatorie. La presenza del familiare in TI riduce il disappunto, offre il tempo per l'accettazione delle cattive notizie, può aiutare nel processo del dolore e facilita

la comunicazione; non è stato dimostrato che il familiare rimanga traumatizzato dalla TI aperta né che la sua presenza danneggi l'attività medica.

Scelte nelle malattie neuro-muscolari

Sappiamo che nella Distrofia Muscolare di Duchenne (DMD) senza supporto ventilatorio la morte mediamente avviene all'età di 18-20 anni e nel paziente ipercapnico non trattato la prognosi è inferiore ad 1 anno. È noto che anche per quanto riguarda la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) la Ventilazione Non Invasiva (NIV) prolunghi la sopravvivenza, di fronte al continuo progredire della malattia. Sia nella DMD che nella SLA i pazienti di solito mantengono una normale capacità decisionale e la loro autonomia dovrebbe quindi essere sempre rispettata. Gibson B. nel suo lavoro ha però segnalato il 25% dei medici non discutono della Ventilazione Assistita col paziente affetto da DMD; nel 52% dei casi la causa della mancanza della discussione è dovuta alla difficoltà di proporre la Ventilazione Assistita per la scarsa qualità della vita che essa determinerebbe al paziente; per Gibson la decisione non può essere però unilaterale da parte del medico, ma deve necessariamente sempre coinvolgere l'ammalato, anche perché i medici sottostimano spesso la qualità della vita del paziente.

Conclusione

Sempre più spesso lo pneumologo si trova a dovere fare scelte anche difficili in ambito etico riguardanti patologie croniche per le quali può essere difficile stabilirne con precisione la traiettoria e capire quando siamo di fronte alla fase terminale della malattia. Il medico oltre a meglio conoscere la storia naturale delle malattie, deve acquisire competenze nella comunicazione e lavorare non isolato per poter garantire una scelta che sia condivisa da parte dell'ammalato e dei suoi familiari, anche nelle realtà della TI e sub-intensiva. A questo proposito va ricordato che lo studio EURELD (EUROPEAN End of Life Decisions) ha evidenziato che in Italia molto più frequentemente rispetto agli altri Paesi il processo decisionale sulle cure di fine vita non coinvolge il paziente capace e quasi sempre è il medico a decidere da solo senza il coinvolgimento degli altri colleghi o del personale infermieristico. Le Raccomandazioni SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) per l'approccio al malato morente sottolineano che il principio di alleviare le sofferenze deve prevalere su quello di prolungare la sopravvivenza e che la limitazione dei trattamenti intensivi non si configura né come atto eutanasi né come abbandono del malato, bensì come appropriata espressione di una cura attenta ai suoi bisogni, ispirata ai principi bioetici di autonomia, beneficenza, non-maleficenza.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: lopespegnaa@aou-careggi.toscana.it

TM



Previdenze pensionistiche per chi assiste un disabile

Nelle Commissioni della Camera dei Deputati è in corso la discussione in merito ad un disegno di legge (C 82) riguardante il pensionamento per i genitori di disabili gravi.

Le modifiche rispetto ai testi precedenti riguardano, in particolare, i requisiti di accesso al beneficio previsto, anche in vista di un ridimensionamento degli oneri finanziari recati dal provvedimento. Il relatore ha spiegato che si è intervenuti innalzando il limite minimo di età dei potenziali beneficiari da 50 a 53 anni, e allo stesso tempo aumentando da 15 a 18 il numero di anni di contribuzione, versati in costanza di assistenza al familiare convivente disabile, necessari per accedere al beneficio. È stato inoltre portato a 4 anni il limite massimo di contribuzione figurativa (il periodo per il quale vengono accreditati contributi senza che sia stata effettivamente svolta attività lavorativa) riconosciuta ai potenziali beneficiari e si è ridotto da un anno a 6 mesi il periodo aggiuntivo di contribuzione figurativa riconosciuto ad uno solo dei genitori di persone disabili.

Il nuovo testo in discussione prevede che a decorrere dal 1 gennaio 2010, alle lavoratrici e ai lavoratori che si dedicano al lavoro di cura e di assistenza di familiari disabili in condizione di totale inabilità lavorativa, aventi una percentuale di invalidità uguale al 100 per cento, che assume connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e che necessitano di assistenza continua, poiché non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, sia riconosciuto, su richiesta, il diritto all'erogazione anticipata del trattamento pensionistico, purché abbiano compiuto il cinquantatreesimo anno di età, a seguito del versamento di almeno venticinque anni di contributi previdenziali, di cui almeno diciotto annualità versate nel periodo di costanza di assistenza al familiare convivente disabile. Nel caso di handicap congenito, certificato da una struttura pubblica afferente al servizio sanitario nazionale, la costanza di assistenza è comunque calcolata dalla nascita.

Il beneficio previdenziale è riconosciuto a condizione che il familiare disabile non sia stato ricoverato in modo continuativo in un istituto spe-

cializzato a tempo pieno, nei diciotto anni di versamento dei contributi in costanza del periodo di assistenza, ovvero non risulti stabilmente ricoverato, alla data di entrata in vigore della legge, in un istituto specializzato a tempo pieno.

Le lavoratrici e i lavoratori hanno diritto,

inoltre, ai fini della determinazione del trattamento pensionistico, calcolato con il sistema previdenziale vigente, a una contribuzione figurativa di due mesi per ogni anno di contribuzione effettiva, per un massimo di quattro anni, purché versata in costanza di assistenza al familiare disabile.

Il beneficio può essere goduto da un solo familiare convivente per ciascuna persona disabile, presente all'interno del nucleo familiare. Il beneficio si applica alla lavoratrice o al lavoratore che presta assistenza al disabile, purché abbia compiuto il cinquantatreesimo anno di età e indipendentemente dalla sua appartenenza al settore pubblico, al settore privato, alle libere professioni, al commercio o all'artigianato, e non è cumulabile con benefici analoghi ai fini pensionistici.

Ai fini della legge, per lavoratore o lavoratrice si intende uno solo tra i seguenti soggetti: coniuge, genitore, fratello o sorella che convive e ha stabilmente convissuto con la persona disabile per il periodo per il quale si richiede il beneficio da comprovare mediante apposita certificazione storico-anagrafica rilasciata dal comune di residenza, e che svolge un'attività lavorativa. Il beneficio può essere concesso al fratello o alla sorella del familiare disabile solamente se il genitore è assente o impossibilitato a prestare assistenza al familiare disabile per gravi motivi di salute, come risultante da apposita certificazione di morte o sanitaria rilasciata da una struttura pubblica afferente al Servizio sanitario nazionale.

Limitatamente a uno dei genitori che assiste stabilmente il figlio disabile, è riconosciuta un'ulteriore contribuzione figurativa, ai fini della determinazione del trattamento pensionistico, in ogni caso calcolato con il sistema previdenziale vigente, di sei mesi ogni cinque anni di contribuzione effettiva, versata in costanza di assistenza al figlio disabile.

Info: espertest@libero.it

TM

CLAUDIO TESTUZZA

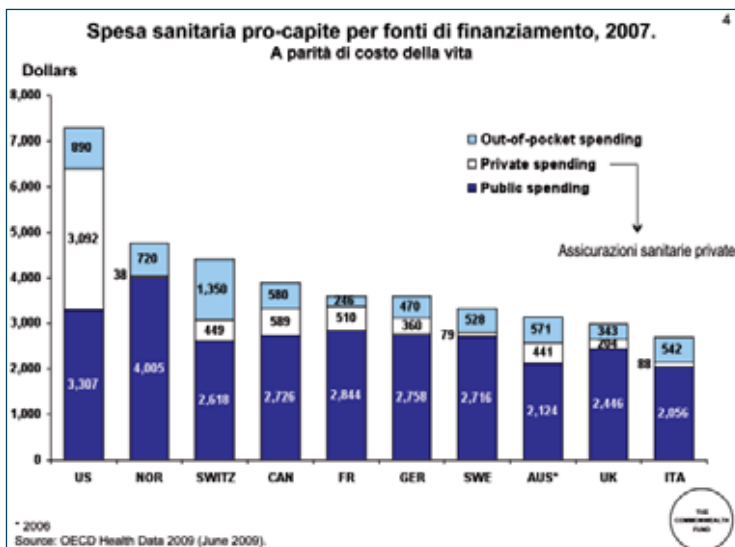
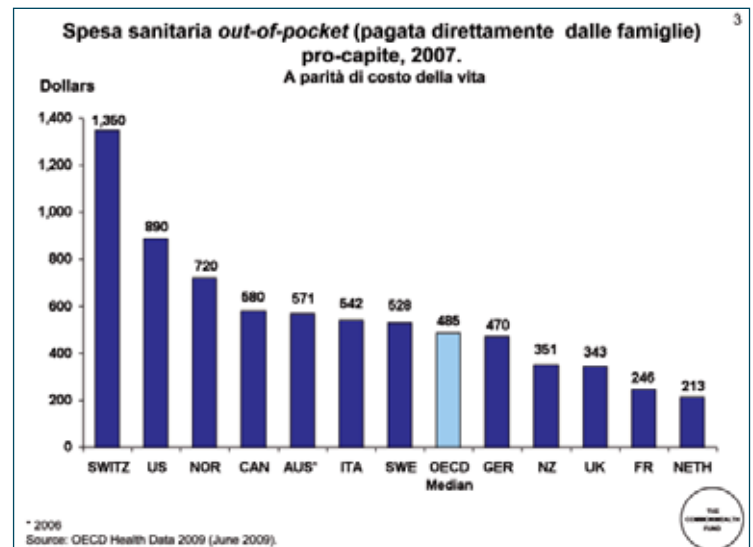
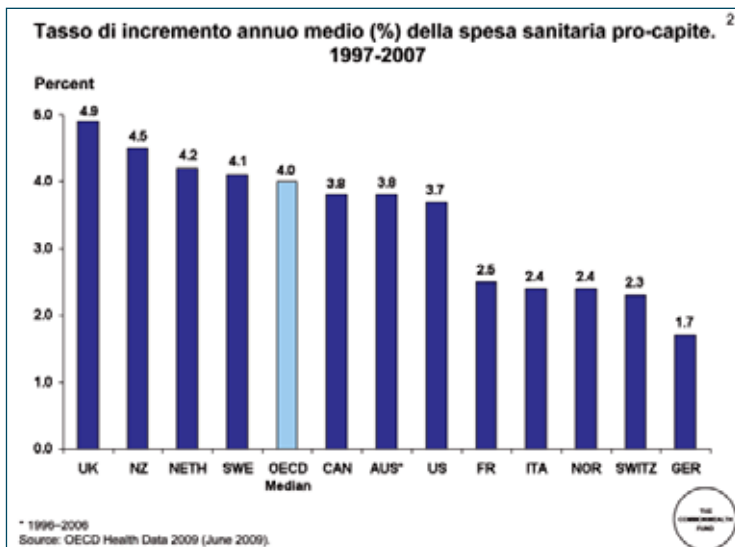
Medico chirurgo, esperto di Previdenza, Roma

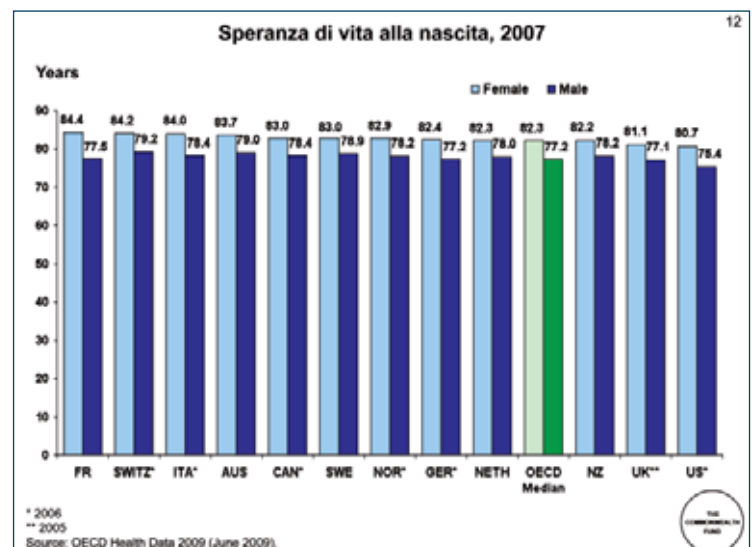
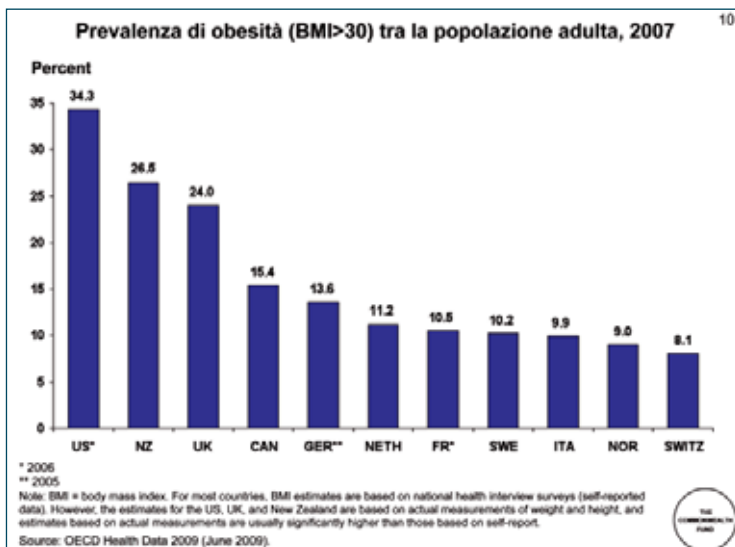
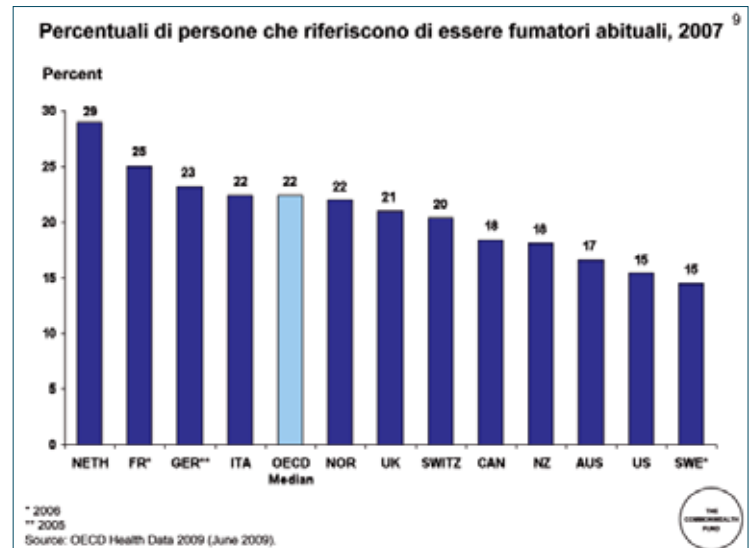
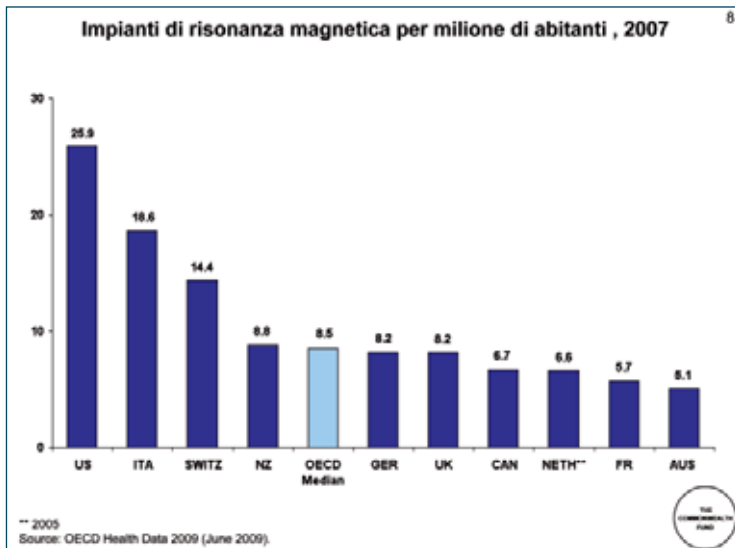
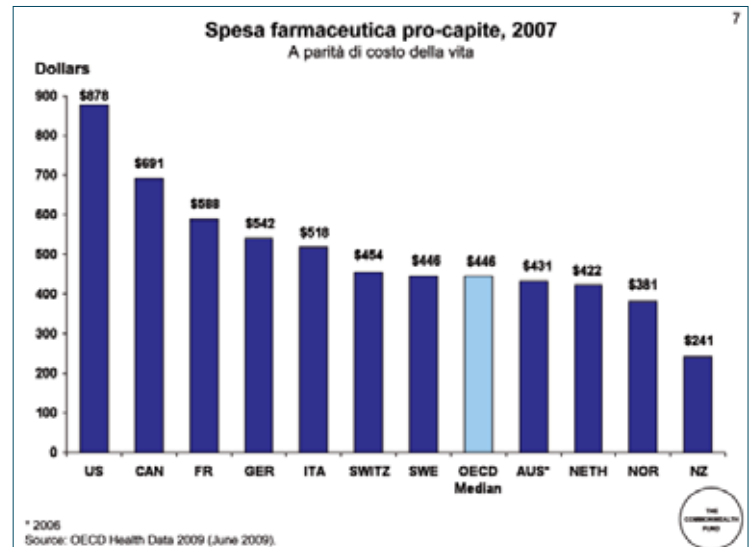


Statistiche sanitarie OECD 2007

Elaborazione Commonwealth Fund
www.commonwealthfund.org

Pubblichiamo alcuni interessanti dati per una valutazione generale dei Sistemi Sanitari nei paesi industrializzati.





Una scelta attuale per
una terapia al passo con i tempi



Gli originali

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

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

Care 2003;2:30-2

Gli originali **Pfizer**

CARDIOVASCOLARE

NORVASC
amlodipina besilato

CARDURA
doxazosin

Esapent
acetilcolina glicilpiridato

Fragmin
dalteparina sodica

IBUSTRIN
indobufene

Accuprin
guafesin

ACCURETIC
guafesin cloridrato/Clonazepam

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Zoloft
sertralina

Xanax
alprazolam

Halcion
fluciclidio

SERMION
nicergolina

EDRONAX
reboxetina

ANTIBATTERICI

ZITROMA
Aзитromicina

DIFLUCAN
fluconazolo

Zimox
amoxicillina triidrato

LINCOCIN

AMPLITAL

CLEOCIN
clindamicina fosfato

DALACIN
clindamicina

DALACIN-T
clindamicina

FANS

FELDENE Family
piroxicam

CORTICOSTEROIDEI

Medrol Family
metilprednisolone

INTEGRATORI

Neovis
flu

Neovis
PLUS

Pfizer



Medici di Nanni Moretti

È Iniziato il 20 ottobre u.s. un cineforum didattico sul tema “Medici e pazienti nel cinema”, organizzato dalla Facoltà di Medicina e dal Centro Humanities dell’Università di Firenze. Pubblichiamo una sintesi del primo evento didattico.

Nanni Moretti, nato a Bolzano nel 1953, esordì come regista cinematografico sul finire degli anni 70, caratterizzandosi subito come autore assai originale, capace di far ridere ma anche di far pensare, orientato verso un cinema dalle forti motivazioni autobiografiche. Tale è anche **Medici**, terzo episodio del film **Caro diario**, del 1993.

In esso Moretti, che è stato effettivamente malato di un linfoma di Hodgkin, narra la defatigante odissea, da un medico all’altro, che è stato costretto a fare prima che gli fosse finalmente diagnosticata la sua malattia e venisse opportunamente curato. Fingendo di raccontarla al proprio diario, Moretti la racconta, filmandola, anche a noi.

All’inizio lo si vede in ospedale, mentre sta facendo la sua ultima seduta di chemioterapia e, ormai guarito, decide di filmare la sua travagliata storia di lunghi e inutili pellegrinaggi tra un ambulatorio medico e l’altro. “Un giorno – racconta – cominciai ad avere prurito, soprattutto notturno”. Così comincia il suo calvario.

Si reca da un dermatologo, poi da un altro, poi da un terzo, poi da un allergologo (intanto comincia anche a sudare e dimagrire), poi da un altro dermatologo, poi da un immunologo, poi da un ennesimo dermatologo, poi ricorre a una riflessologa, poi si reca presso un centro di medicina tradizionale cinese. Proprio qui, sentendolo tossire, gli viene consigliata una radiografia del torace. In seguito a essa, fa infine una TAC sulla base della quale gli viene diagnosticato un sarcoma polmonare. Operato, si scopre che il sarcoma per fortuna non c’è affatto ma il

chirurgo afferma “Mi gioco una palla che questo è un linfoma di Hodgkin, tutte e due no ma una me la gioco”. E tenne la sua palla perché era proprio un Hodgkin!

Tornato a casa, Moretti legge sull’Enciclopedia Garzanti che “I sintomi del linfoma di

Hodgkin sono: prurito, sudore, dimagrimento”, come aveva sempre ma inutilmente cercato di spiegare a tutti i medici che l’avevano visitato. Dal che, finalmente guarito, egli conclude che “Di una cosa tutta questa esperienza mi ha convinto: che i medici sanno parlare ma non sanno ascoltare”.

Al di là del film, ciò è sottolineato anche da varie ricerche di psicologia sociale, dedicate al “profilo sociolinguistico dello squilibrio nella conversazione durante le visite mediche”. Risulta, per esempio, che durante una visita ambulatoriale l’80% del tempo/parola è utilizzato dal medico, così costringendo il paziente a tacere quasi sempre. Ma in tale situazione di forzata afasia del paziente, chi dirà al medico di quel prurito, quel sudore, quel dimagrimento che gli permetteranno di capire che si tratta di un linfoma di Hodgkin?

Può essere interessante discuterne insieme, dopo aver visto, insieme, il film.

TM





Ai medici la lettura è utile?

Sandro Spinsanti

Zadig Editore

Ovvio, è utile aggiornarsi e ciò si fa leggendo, ascoltando, frequentando internet. Ma non stiamo parlando di libri di medicina. I medici debbono dedicare parte del loro tempo, in verità sempre più ristretto da mille incombenze, anche alla letteratura? A che serve la cosiddetta "cultura generale"? Al di là del piacere intellettuale, un buon libro è utile per esercitare una buona medicina? Un medico che sia anche colto è un miglior professionista; questa è la tesi sottesa all'ultima fatica di Sandro Spinsanti "Medicina e letteratura" (Zadig editore € 16) un libro affascinante che non raccoglie un'antologia di brani letterari né una serie di lezioni sulle medical humanities, come ora si chiamano, ma molteplici riflessioni di esperti su pagine celebri e su come queste si rapportino ai problemi dei medici.

Ippocrate in un suo celebre aforisma sostiene che è importante sapere che tipo di persona abbia una malattia e non che tipo di malattia abbia una persona. È un concetto che dopo due secoli di progressivo riduzionismo specialistico si riaffaccia nell'affermarsi della medicina narrativa e in quella che, in un articolo comparso su JAMA nel settembre 2009, Federott e Gostin chiamano "medicina sistemica", definendola "basata su una rete di interazioni, come la coordinazione dei sistemi interni con i geni e la loro espressione e i fattori comportamentali e ambientali, e su come questi componenti contribuiscono alla salute e alla malattia".

Per comprendere meglio la complessità dell'uomo e della sua malattia, legare medicina e letteratura è utile o è un'operazione intellettuale rischiosa, come si domanda Spinsanti? La medicina si confronta col reale,

la letteratura crea e quindi evita le inspiegabili e imprevedibili mutevolezze della vita. Mentre la scienza affina sempre di più la conoscenza biologica, la letteratura è di aiuto a colmare la discrasia rispetto alla valutazione delle qualità esistenziali della condizione di malato, a superare l'aridità spirituale fatalmente insita negli ipertecnologici percorsi di cura moderni.

Tuttavia, con la lettura di autori antichi e nuovi, non si vuol aggiungere al medico un "supplemento d'anima", quanto utilizzare la letteratura come potente strumento di formazione alle idee e ai valori fondanti della medicina, per rendere i medici più consapevoli della complessità delle relazioni interpersonali e di quanto ciò influisca sul decorso della malattia. L'obiettivo delle medical humanities, ricorda ancora Spinsanti, è di aiutare la medicina a definire i propri limiti e a rapportarsi meglio con la società, riconducendo la cura alla aspirazione iniziale di essere un'arte per l'uomo e ridurre la dissonanza tra scienza oggettiva e olismo del giudizio clinico.

La letteratura aiuta i medici ad affrontare la clinica che offre sempre un intreccio complesso di narrazioni, fatti, interpretazioni e ne deve riannodare i fili. La domanda è: chi è il medico colto? Si può insegnare la cultura e la disponibilità d'animo come si insegna la buona educazione? La risposta è difficile, ma la lettura di questo libro apre nuovi orizzonti al pensiero medico. Abituata a affrontare i problemi e risolverli uscendo dagli schemi abituali, consapevole che la medicina non è soltanto una scienza probabilistica ma un artigianato della complessità.

Antonio Panti

Il rafe insanguinato

Valerio Micheli Pellegrini

Giunto a un'età veneranda, dopo un'illustre carriera professionale, Valerio Micheli Pellegrini ci ha regalato questa serena e toccante testimonianza di una vita vissuta al servizio dell'uomo, non soltanto come medico ma attraverso il più alto impegno morale, quello di combattente per la libertà e per la giustizia. Il rafe è la linea gotica, dove si attestarono i tedeschi nel 1944, rappresentata come una muraglia che separa libertà e tirannia, rispetto per l'uomo e dittatura, insanguinata dal sacrificio di tanti giovani, uomini e donne, che dettero la vita per riscattare la dignità di una nazione.

E l'autore ammonisce di aver voluto scrivere in difesa della memoria in tempi di offuscamento dei valori. Questa fedele testimonianza di un'esperienza, per opera di chi ha posto in pratica gli stessi valori per tutta la vita professionale, ricorda ai medici che i principi del Codice deontologico si innestano nella Costituzione del-

la Repubblica, nata allora e cimentata col sacrificio di tanti. La guerra pone al combattente per la libertà la stessa domanda che angoscia il medico, perché esiste il male? La risposta che si dà l'autore non è metafisica ma tocca l'impegno di ognuno, l'onestà, il rispetto dell'altro e il senso della bellezza del mondo. Dobbiamo ringraziare Micheli Pellegrini per questa sua fatica, una cronaca del dolore e della giustizia, che ci ricorda che in ogni momento della storia compito di ognuno è di operare al meglio per difendere quei valori che, per i medici, la Costituzione identifica nella tutela della salute di tutti, garantendo a tutti le stesse possibilità di cura, nel rispetto della persona umana. Dall'intreccio dei ricordi con la memoria delle cose presenti nasce un testo in cui la cronaca si fa storia, letterariamente bello, che tutti dovrebbero conoscere per non dimenticare quello che accadde allora.

Antonio Panti

Storia della magrezza

Donatella Lippi, Laura Verdi

Mattioli Editore

Donatella Lippi e Laura Verdi hanno pubblicato per l'editore Mattioli 1885, insieme a altri ottimi collaboratori, una "Storia della magrezza corpo mente e anoressia", corredata da una ricca e significativa iconografia. Le autrici si pongono l'ambizioso scopo di esporre l'intreccio antropologico che sottende la storia sociale, politica, filosofica e religiosa dei rapporti tra corpo e ragione, tra vissuto femminile e potere maschile.

Uno scopo certamente raggiunto attraverso i diversi capitoli che compongono il testo, dedicati all'analisi dei valori del corpo nel mondo classico, dalla consunzione e al mal d'amore, al digiuno sacro e alla fame, alle Sante anoressiche, alla consunzione amorosa e al corpo mistico dei Santi, oltre che a quello ugualmente mistico del Re. Il corpo del Sovrano non è altro che una rappresentazione fisica del potere come articolazione delle parti sociali. Infine un capitolo è dedicato alla descrizione del

corpo nell'arte da quella antica a quella contemporanea. Proprio al modello corporeo di oggi è dedicato l'ultimo capitolo, alla tendenza omogeneizzante di un corpo femminile ove bello e brutto quasi si confondono nel modello, coperto o velato, del magro come valore sociale.

Questo non è un libro di medicina bensì un testo che tutti i medici dovrebbero leggere perché si inserisce a pieno titolo nel filone attualissimo delle medical humanities di cui Donatella Lippi è infaticabile organizzatrice nell'Ateneo fiorentino. Ogni medico dovrebbe riflettere sul fatto che senza la comprensione dei fenomeni di contesto sociale e antropologico molti fatti patologici non possono essere valutati compiutamente col solo approccio clinico. Questo, del vissuto personale e sociale del valore del corpo, ne è un paradigma che rende questo libro, peraltro piacevole e denso di informazioni, una lettura che rientra a pieno titolo nella cultura medica.

Antonio Panti

Lettere al direttore

Toscana Medica 2/10



Riflessioni su Santa Maria Nuova

Caro Direttore,
rispondo alla lettera di Marco Geddes da Filicaia (Toscana Medica n° 10/2009) per chiarire la mia valutazione critica sul ruolo di Santa Maria Nuova quale presidio ospedaliero nel centro di Firenze.

Ricapitolo le argomentazioni espresse nell'articolo pubblicato sulla nostra rivista (n° 5/2003).

Per quanto attiene la sede, indiscutibilmente la collocazione urbanistica dell'ospedale prospetta gravi problemi di accessibilità e di parcheggio, tanto è vero che fu messa in discussione sul "piano guida di settore socio-sanitario" del Comune di Firenze. L'apprezzabile documento di strategia programmatica, elaborato nel 1999 da Marco Geddes da Filicaia allora assessore alla sicurezza sociale, considerava ancora aperta, in una prospettiva di più lungo termine, la questione di un nuovo ospedale nell'area nord-est alternativo a Santa Maria Nuova.

La tesi della centralità è confutabile in primo luogo in funzione dell'emergenza per le evidenti difficoltà determinate dalla viabilità di accesso. Inoltre va considerato il disagio legato alla fruibilità dell'ospedale da parte degli utenti e di chi vi lavora per i problemi derivanti dalla zona a traffi-

co limitato e dalla carenza di posteggio.

Per quanto attiene il "progetto sanitario" preliminare, redatto nel 1996, prevedeva che

tutte le attività dell'area critica e le diagnostiche più sofisticate fossero concentrate in un unico corpo di fabbrica ag-

giuntivo (piastra tecnologica centralizzata) edificabile in un'area dell'ospedale esente da vincoli monumentali. La relazione di accompagnamento comprendeva un'accurata analisi storico-tipologica inerente i valori patrimoniali e i contenuti funzionali dell'ospedale, tanto che ebbe un parere favorevole preventivo da parte degli Organi preposti alla salvaguardia del patrimonio urbanistico.

La Regione Toscana incluse questo progetto preliminare nel programma pluriennale d'investimento per l'edilizia sanitaria, stanziando 46.800.000 milioni di lire. Nel 1999 la direzione aziendale deliberò la revisione del progetto preliminare e la stesura, non conforme, dei progetti definitivo ed esecutivo. I lavori di ristrutturazione furono avviati nel febbraio 2002. Nel 2004 venne presentato un nuovo piano per superare le difficoltà registrate nel corso dei primi interventi.

Per quanto attiene il nuovo progetto, prendo atto con soddisfazione che l'ultima varian-

SANDRO BOCCADORO

già Direttore Sanitario Asl Firenze

te apportata da Marco Geddes da Filicaia migliora decisamente la situazione logistica del DEA.

Rimane comunque da verificare come venga risolto uno degli aspetti fondamentali per un ospedale funzionalmente moderno, quello inerente l'assetto spaziale dei servizi sanitari in aree omogenee, per favorire l'organizzazione di tipo dipartimentale. Nel progetto deliberato nel 1999, dalla relazione sanitaria redatta dall'allora direttore sanitario, dr. Luigi Iacomelli, risulta che non è stato possibile conseguire l'obiettivo dell'aggregazione spaziale delle Unità operative "perché fortemente condizionato dalla tipologia delle strutture edilizie".

Mi preme infine precisare che le mie valutazioni critiche non sono rivolte all'attuale direttore sanitario, di cui apprezzo la grande professionalità quale medico di Sanità pubblica.

L'opinione che da qualche anno sostengo è inerente **il ruolo dell'ospedale** in funzione di presidio ospedaliero centrale nell'area metropolitana di Firenze. Un ruolo più adeguato se identificabile in una struttura di **assistenza socio-sanitaria** destinata prevalentemente ai bisogni della popolazione anziana residente.

TM

Dateci tempo e scriveremo meglio

Il recente articolo del collega Vannozzi su Toscana Medica di ottobre 2009 ("Recentemente scriviamo meno...") fotografa con precisione e abbondanza di dettagli la progressiva erosione del linguaggio scritto nella documentazione clinica dei pazienti. Personalmente, come medico ospedaliero, condivido la sua analisi, ma vorrei fermarmi su un punto di questa che – a mio parere – manca: il tempo disponibile. È necessario citare alla lettera tre brani dello scritto di Vannozzi: "...quasi mai viene tradotto sulla cartella un pensiero, una ragionevole sintesi tra bisogni del paziente e risposte ai bisogni...", e ancora "...Le attività cliniche più importanti non sono gli esami strumentali che richiediamo o le prescrizioni terapeutiche, bensì i giudizi e le motivazioni razionali che sono la base delle nostre richieste (...) risulta quasi inevitabile sottovalutare l'importanza dell'attività mentale...". E infine, il vero centro del problema: "...Il ragionamento clinico e riflessivo che dovrebbe rappresentare il momento più elevato di intelligenza e di analisi (specialmente quando è il frutto di una discussione di un gruppo di lavoro) non si dimostra, manca del tutto, o comunque non traspare".

La sintesi sembra essere questa: nella documentazione clinica si stanno progressivamente perdendo le tracce dell'intelligenza del medico, oltre che dei dati veramente necessari al paziente. Ma perché accade tutto questo?

A mio parere – e chiedo scusa per qualche tic verbale da neurologo – il problema non sta nella scrittura in sé, che è un'espressione del linguaggio, quindi di una funzione corticale superiore posseduta da tutti i medici. Il guaio sta nel fatto che i sistemi neuronali addetti alle funzioni superiori soffrono quando manca il tempo per una corretta elaborazione di queste ultime. Si aggiunga che quello che scriviamo non possiede solo un valore descrittivo dello stato del paziente e dei processi decisionali: ha anche un valore medico-legale che

spesso contribuisce a frenare ulteriormente la voglia di esprimere quello che vediamo e pensiamo, soprattutto se dobbiamo farlo troppo rapidamente e con tempi frammentati, con continua perdita di attenzione e concentrazione.

Il ragionamento clinico, come dice Vannozzi, sicuramente non traspare nei documenti clinici: prima di vedere se non si dimostra o se manca del tutto, ci si dovrebbe chiedere se le nostre funzioni corticali superiori sono messe in condizione di funzionare al meglio.

Non ho nessun problema nel riconoscere che la mia scrittura nella documentazione clinica è peggiorata per qualità e quantità negli ultimi anni, anche se non ho ancora un'età suggestiva per interpretazioni neuro-involutive. Sempre negli ultimi anni, il numero di minuti che ho a disposizione per scrivere una consulenza si sta restringendo, e la quantità di carta che devo superare per capire le condizioni del paziente sta aumentando, in barba al processo tecnologico (qualche anno fa si pensava che avremmo potuto fare clic col mouse e vedere tutti i dati del paziente: sogni di visionari pericolosi...).

Stranamente, però, mi accorgo che quando – sempre più di rado – posso dedicare un'ora a un paziente, la mia scrittura migliora, e produce informazioni con significati più accettabili e utili per tutti. Quindi, il processo non è degenerativo e irreversibile: si può fare qualcosa, ma tenendo conto che il cervello ha dei limiti, oltre i quali ci punisce facendoci produrre prestazioni sempre più scadenti, anche se regolarmente contabilizzate.

Non c'è dubbio: la problematica dello "scrivere sempre meno" può essere vista sotto molte angolazioni, ma c'è un metodo sicuro per peggiorare le cose: dare ai medici sempre meno tempo.

MARCO MACUCCI

Dirigente Medico - U.O.C. Neurologia AUSL 11
Empoli (FI)

Bibliografia

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

TM

Il pediatra e la personalità dell'adolescente

La crisi dell'adolescente si può prevenire?

La moderna pediatria per la fascia di età tra i 10 e i 18 anni dovrebbe avvicinarsi sempre di più all'adolescentologia nell'affrontare quelle che l'Organizzazione Mondiale della Sanità focalizza come "categorie di problemi emergenti" proprie di questa età ("Young people's health - a challenge for society". Technical Report Series 731: W.H.O., Genève, 1986).

Dobbiamo anche tener conto dell'esistenza oggi di quella che viene definita "adolescenza lunga", che interessa giovani oltre i 20 anni impegnati in studi universitari o comunque senza un posto di lavoro che li renda autonomi e che vivono in tutti i sensi in seno alla famiglia*.

Un pediatra, ancorché molto colto, ma dall'atteggiamento professionale statico, non può giovare alla società dei bambini né a quella delle famiglie. Deve conoscere la pediatria nella sua tradizione e rinnovato bagaglio di dottrina, ma deve applicarla variamente e duttilmente secondo le differenti esigenze etniche, culturali, familiari della società in cui opera.

La pediatria dello sviluppo somatico e della salute (o della patologia) del corpo sarà abbastanza uniforme entro contenuti limiti geografici ed entro determinate omogeneità etniche, ma essa va proposta e applicata sempre in aderenza alle esigenze del contesto familiare in cui è richiesta.

Anzitutto è questo contesto che il pediatra deve saper cogliere, venendo a conoscerne la vera indole, perché solo allora "capirà" il bambino che gli viene affidato, così fisiologicamente diverso a seconda dell'età, ma anche, proprio in funzione della sua famiglia.

La medicina deve applicare, giorno dopo giorno, prevenzioni, terapie e riabilitazioni, perché la salute (benessere fisico, psichico e sociale) possa venire adeguatamente difesa. La cultura medica – specialistica finché si vuole e, finché si vuole, moderna – deve venire continuamente aggiornata e integrata nel contesto del progresso, ma anche secondo il contesto dell'ambiente.

Essa deve spaziare in limiti sempre assai vasti: a misura della cultura in progresso e del progresso stesso, dell'evoluzione sociale e persino socio-fami-

liare, dei riflessi ecologici (quanto spesso negativi), delle ripercussioni socio-culturali e bioetiche che le nuove tecnologie, anche non mediche, esplicano sulla salute e sulla vita.

Solo così la medicina e la pediatria serviranno il progresso, la natura, la cultura e soprattutto

la qualità della vita dei bambini, per il loro miglior modo di crescere, di reagire, di maturare e di diventare adulti.

Bambino è l'organismo umano, dalla nascita a tutta l'età della crescita. Si potrebbe preferire una definizione meno estesa e parlare del periodo "nascita-soglia dell'adolescenza". Ma trascurare il periodo dell'età della crescita, di squisita e oggi riconosciuta competenza pediatrica e così ricco di potenzialità evolutive e di problematiche specificamente inerenti alla trasformazione bambino-adulto, sarebbe per il pediatra una rinuncia culturale e operativa grave, probabilmente foriera di danno all'adolescente! (G.R. Burgio).

La patologia adolescenziale richiede innegabilmente una pluralità di competenze talvolta neppure mediche, per affrontare in modo completo e razionale la "patologia" dell'adolescente, pluralità che, però, debbono trovare come fulcro la figura del pediatra, mentre nella realtà operativa questi preferisce demandare totalmente la soluzione delle problematiche adolescenziali ad altri colleghi come endocrinologi, ginecologi, andrologi, psicologi, psichiatri, ecc., ritirandosi in buon ordine dentro le per lui più sicure trincee dell'età infantile, abbandonando l'adolescente ad altri colleghi settorialmente competentissimi per quanto concerne le rispettive patologie dell'adulto, ma pressoché totalmente digiuni di pediatria e delle realtà accrescitive ed evolutive che, per contro, il pediatra naturalmente possiede per la sua formazione culturale e professionale.

Ed ecco che questa fascia di età, a fatica conquistata sia culturalmente che come assistenza dall'area pediatrica, in realtà continua ad essere terra di nessuno!

"La giovinezza è il più breve, il più costoso, il più straordinario dei nostri viaggi".

Rosanna Benzi

FABIO FRANCHINI

Professore Associato, Università degli Studi di Firenze

* Il primo studioso che abbia affrontato in modo organico lo studio dell'adolescenza è l'americano Granville Stanley Hall Tra la fine del secolo scorso e l'inizio di questo secolo, lo Stanley Hall ed i suoi collaboratori alla Clark University, utilizzando una tecnica particolare detta "dei questionari", raccolsero una grande quantità di dati relativi al mondo mentale infantile ed a quello dell'adolescente Stanley Hall considera anzitutto l'adolescenza qui come una "nuova nascita", come un rinnovamento radicale di tutti gli aspetti della personalità.



Michelangelo Buonarroti

Caprese 6/3/1475 - Roma 18/2/1564

La multiforme attività di *Michelangelo Buonarroti*, ha creato nuove opere che si innalzano come giganti.

Giovanissimo, nell'anno 1487, fu mandato dal padre Ludovico a cavar marmi a Pietrasanta e Seravezza nelle botteghe dei fratelli *Ghirlandaio*, Davide e Domenico, dove dimostrò uno straordinario impegno. Ivi rimase poco, giacché passò nel giardino dei Medici, presso San Marco, quale scolaro di *Bertoldo di Giovanni*, alunno di Donatello. Pare però che fu meglio istruito nella scultura da *Benedetto da Maiano*, mentre viveva in casa di *Lorenzo* e poi di *Piero dei Medici*.

A ventisei anni fu incaricato dal Cardinale *Francesco Piccolomini* di fare "15 statue" nel Duomo di Siena. Quindi dall'Arte della Lana a Firenze, il "David" e dall'Opera del Duomo, nel 1503, "112 statue degli Apostoli", purtroppo non completate, per aver fatto solo l'abbozzo di S. Matteo, che trovasi all'Accademia (1).

Morti *Lorenzo il Magnifico* ed il *Poliziano*, ritornò presto il padre e presto fu chiamato a Roma dove acquistò molto credito per aver potuto vedere e studiare le opere antiche.

Fu il papa *Giulio II* che contribuì alla dipartita per Roma nel 1505 dove il grande scultore *Michelangelo* ha lasciato la maggiore impronta delle sue opere scultoree, prima col compito di demolire l'antico S. Pietro e ricostruirlo secondo il progetto del *Bramante* e poi per affrescare la volta della Cappella Sistina. Ma morto il papa, non poté tralasciare di lavorare al mausoleo dello stesso *Giulio II*.

Nel 1520 avendo il nuovo papa *Leone X* gli ordinò d'innalzare la nuova sagrestia della Chiesa di S. Lorenzo a "Sepolcro Mediceo", cosa che proseguì fino alla fine (1534) per conto di *Clemente VII*, che gli aveva ordinato di costruire la Biblioteca Laurenziana. Ma dopo le vicissitudini della cacciata dei Medici e del loro ritorno a Firenze, tornò a Roma.

Michelangelo fu invitato da papa Paolo III Farnese per la Cappella Sistina, già sessantenne, compose l'affresco del "Giudizio Finale", incorniciando la pala del Quattrocento attorno a cui si contorcevano in disarmonia le anime dei dannati, con il Cristo giudice, gran motore dell'azione, cosa che fu chiamata dal papa *Paolo IV* "una stufa di nudi". Il salvataggio dell'opera nel 1565 fu operato da *Daniele da Volterra* ad un anno appena dalla sua morte. (1)

A testimonianza del grande amore per suo nipote *Lionardo* riporto le parole che egli rivolge a lui il 20

maggio 1553 ed il 24 ottobre 1553.

«Io ò la tua come la Cassandra è gravida del che n'ò piacer grandissimo, perché spero pur che di noi resti qualche reda, o femina o mastio che sia: e di tucto s'è a ringraziare Idio».

AGOSTINO LUCARELLA

Medico radiologo, Firenze

Una ulteriore testimonianza di lunga relazione

di somiglianza amorosa da parte dello zio per il nipote e per la sensazione di solitudine umile della maledetta vecchiaia, *Michelangelo* scrisse queste ultime parole autografiche:

«Lionardo, ebbi la tua ultima con dodici marzolini begli e buoni: te ne ringrazio, rallegrandomi del vostro bion essere, e 'l simile è di me. E avendo ricevuto pel passato più tua, e non avendo risposto, è mancato perché la mano non mi serve; però da ora innanzi farò scrivere altri e in soctoscriverò. Altro non m'achade». (2)

Per quanto riguarda il *rimare*, comporre poesia, fare anche il poeta mi piace riportare le parole del *Vasari* sulla statua della Notte:

«E che potrò io dire della Notte, statua non rara ma unica? Chi è quello che abbia per alcun secolo in tale arte veduto mai statue antiche o moderne così fatte? Conoscendosi non solo la quiete di chi dorme, ma il dolore e la malinconia di chi perde cosa onorata e grande».

La notte, che tu vedi in sì dolci atti dormir; fu da uno Angelo scolpita in questo sasso; e perchè dorme, ha vita. Destala se nol credi e perleratti.

A' quali in persona della Notte rispose Michelangelo così:

Grato mi è il sonno, e più l'esser di sasso mentre che il danno e la vergogna dura non veder; non sentir m'è gran ventura però non mi destar: deh parla basso». (3)

Note

(1) Lettera di Michelangelo da Roma a Bartolomeo Ammannati, Firenze, del 3 gennaio 1559, in "IL CARTEGGIO di MICHELANGELO, a cura di Paola Barocchi e Resto Ristori, Vol. V, pag. 151.

(2) LESSICO UNIVERSALE ITALIANO, Michelangelo Buonarroti, architetto, scultore, pittore, poeta. righe 28, pag. 562.

(3) Giorgio Vasari, in "La vita di Michelangelo", Milano-Napoli, nelle relazioni del 1550 e 1568, commentate da Paola Barocchi, 1962, Vol. I, pag. 117-118.

TM



Quanto si è pagati per pensare?

Problema vecchio come il mondo che si ripropone nella medicina moderna. I medici sono abituati al concetto, ormai abrogato, di tariffa minima. Questa era il prezzo minimo che l'Ordine stabiliva per una prestazione onde assicurarne la qualità e evitare corse al ribasso. La tariffa era espressione di un accordo tra parti, col Ministero della Salute a livello romano oppure con singoli enti pubblici o privati a livello locale. La vera libertà stava nello stabilire l'onorario (mai inferiore alla tariffa) che era il "quantum" economico che il medico chiedeva al cittadino pagante in proprio per la prestazione erogata. Per giurisprudenza l'onorario (e quindi la tariffa) sono comprensivi dei costi sostenuti per effettuare la prestazione che, infatti, non sono citati nella tassazione della nota. L'equità del compenso deriva dall'impegno economico del medico, ricompreso però nella valutazione complessiva della prestazione, del suo "valore" economico, professionale, scientifico e del suo esser frutto di peculiari competenze del prestatore d'opera.

Ovviamente stiamo parlando di libero mercato o di rapporti tra medici privati e altri enti pubblici o privati, non della cosiddetta libera professione nel servizio sanitario.

Non vi è dubbio che la regola aurea del mercato sia la libera concorrenza. Ecco perché il concetto di tariffa minima non era sostenibile se non per alcune limitazioni deontologiche di decoro. Oggi la competitività nella medicina è relativa non solo a fattori individuali, come in ogni campo, ma anche alla capacità di sfruttare al meglio le innovazioni tecniche che consentono spesso abbattimenti notevoli dei costi di produzione. Si instaura una competitività virtuosa che fa sì che anche le tariffe possano diminuire. Il concetto di onorario non regge più di fronte all'impegno tecnologico di qualsiasi prestazione (si pensi ai costi reali di un accertamento diagnostico, magari di quelli acquistati e gestiti direttamente dai pazienti).

Il nodo della questione sta nella remunerazione, cioè nella differenza tra tariffa e costo di produzione.

Quale ne è il rapporto con la qualità della prestazione? Perché le innovazioni tecniche abbattano spesso i costi ma aumentano la quantità delle prestazioni che il professionista deve svolgere per conseguire quello che ciascuno ha il diritto di considerare il suo giusto guadagno.

Il fattore tempo è una variabile sempre considerata in relazione alla difficoltà professionale della prestazione e, quindi, tenerne conto è ovvio e l'Ordine è abituato a farlo.

Valutare economicamente la prestazione di un professionista (valorizzare la prestazione effettuata) non è semplice ma possibile – anche le opere d'arte si battono all'asta -. In quanto al rapporto tra remunerazione (onorario) e qualità, questa equazione non può mai porsi sul piano deontologico. Il professionista, qualunque professionista, deve sempre dare il meglio. Se non se la sente, sempre seguendo il codice, rinuncia al cliente.

Antonio Panti



Allarme per la spesa farmaceutica

Le ultimissime previsioni parlano di un rosso da 2,9 miliardi della spesa farmaceutica pubblica nel 2010, con i conti in farmacia appesantiti di 600 milioni rispetto al budget e quelli degli ospedali oltre l'asticella per 2,3 miliardi (quasi il doppio delle assegnazioni). Così le Regioni corrono ai ripari. Risparmiare si può, sostengono, senza intaccare la copertura degli assistiti. E per questo hanno confezionato una ricetta anti-deficit in cinque mosse: revisione della distribuzione e delle modalità d'acqui-

sto dei generici, riduzione dei margini dei grossisti, tagli dei listini per i farmaci off-label, ricontrattazione dei prezzi dei farmaci innovativi, rinascita del tetto unico farmacia-ospedale. Davanti al rischio di un deficit da 2,9 miliardi, i Governatori hanno messo a punto le loro proposte per il tavolo col Governo sulla farmaceutica, previsto dal "Patto per la salute" ma ancora non convocato. Proposte preventive, insomma, a testimonianza della preoccupazione che suscitano a livello locale i conti

della spesa farmaceutica. Preoccupazioni, si afferma nel documento appena licenziato dai Governatori, che si sommano alla necessità di un "rilancio della ricerca farmaceutica" lungo quattro direttrici: governo della spesa, collaborazione con le industrie, attività dei comitati etici, risorse per ricerca e sviluppo di settore. Anche perché, nella farmaceutica, "l'Italia rappresenta il terzo mercato europeo e l'ultimo in termini di ricerca e sviluppo".

Prova attitudinale Albo Odontoiatri

È disponibile il modello di domanda: http://www.ordine-medici-fiorenze.it/Testi/prova_attitudinale.doc per partecipare al corso universitario-prova attitudinale per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri. Come già accennato nella newsletter del 21 gennaio scorso, la questione interessa i laureati in medicina e chirurgia, immatricolati al primo anno di medicina negli anni accademici dal 1980/81 al 1984/85 e che, per poter esercitare la professione di dentista, devono frequentare un apposito corso universitario e superare una specifica prova attitudinale, come previsto dal Decreto Legislativo

386/1998: <http://www.ordine-medici-fiorenze.it/Testi/386.pdf> e dal Decreto Interministeriale del 10/12/2009: <http://www.ordine-medici-fiorenze.it/Testi/10122009.pdf>. La domanda deve tassativamente essere presentata o spedita all'Ordine dove il medico è attualmente iscritto entro il **13 marzo 2010** e deve contenere tutti gli elementi in essa previsti, a pena di esclusione dal corso. Alla domanda va altresì allegata la ricevuta del versamento sul conto corrente postale n. 17705021 intestato a: Federazione Nazionale Ordini dei Medici, Piazza Cola di Rienzo 80/a - Roma dell'importo di 51,65 euro. Le sedi

universitarie ove sarà attivato il corso di formazione saranno definite a livello nazionale, tenendo conto delle domande che saranno pervenute. La domanda, se spedita per posta, deve essere inviata con raccomandata con ricevuta di ritorno e deve indicare sulla busta la dizione: "domanda di ammissione alla prova attitudinale per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri". Se, invece, la domanda viene presentata di persona agli uffici dell'Ordine, verrà rilasciata apposita ricevuta di presentazione. Ulteriori informazioni: www.ordine-medici-fiorenze.it, Pagina Ultim'ora.



Il Registro “fantasma” dei chiropratici

Un dottore in chiropratica, con titolo conseguito negli Stati Uniti, ha chiesto all'Agenzia delle Entrate di chiarire se le sue prestazioni fossero da considerare come prestazioni sanitarie, e quindi esenti da IVA, oppure da assoggettare all'aliquota del 20%, come prestazioni non sanitarie. A giudizio del richiedente, le prestazioni chiropratiche avrebbero dovuto essere considerate esenti da IVA, come le prestazioni mediche,

in quanto l'art. 2 comma 355 della Legge 24/12/2007 n. 244 ha istituito il Registro nazionale, presso il Ministero della Salute, degli esercenti la chiropratica, identificandola come professione sanitaria a pieno titolo. Ma l'Agenzia delle Entrate ha risposto negativamente. Infatti il Registro nazionale, pur istituito dalla Legge 244/2007, non è ancora stato concretamente attivato perché mancano i decreti attuativi che regolamentino

il profilo professionale, né sono stati attivati i corsi di laurea magistrale in chiropratica presso le Università italiane. Pertanto, ha affermato l'Agenzia delle Entrate, fino a che non sarà individuato il profilo professionale del chiropratico e non sarà individuato l'ordinamento didattico universitario, le relative prestazioni possono essere considerate prestazioni sanitarie e, pertanto, non possono beneficiare dell'esenzione IVA.

IRAP per i medici di base

Un medico di medicina generale, convenzionato con il SSN, ha chiesto il rimborso dell'IRAP pagata dal 1998 al 2000 sostenendo di svolgere la propria attività senza l'ausilio di organizzazione e di lavoro altrui. La sua domanda fu respinta dalla Commissione tributaria provinciale, ma poi successivamente accolta dalla Commissione tributaria regionale. L'Agenzia delle Entrate ha infine fat-

to ricorso alla Corte di Cassazione, sostenendo che l'IRAP era comunque dovuta perché il medico era titolare di uno studio privato e questo requisito, di per sé, era da considerarsi sufficiente a delineare una “autonoma organizzazione” tale da giustificare l'imposizione IRAP. Ma la Corte di Cassazione, con la sentenza n. 27027 del 22/12/2009 pronunciata dalla quinta sezione, ha dato ragione

al medico, affermando che la disponibilità di un locale dove effettuare le visite è un elemento co-essenziale all'esercizio dell'attività medica, anche se questa non possiede una “autonoma organizzazione” e purché lo studio risponda agli standard minimali. Pertanto, nel caso specifico, la richiesta di rimborso è stata accolta.

Opportunità di lavoro in Gran Bretagna

Il Coordinamento EURES del Ministero della Lavoro segnala alcune opportunità di lavoro in Gran Bretagna che possono interessare i medici

italiani. In particolare il Servizio Sanitario Inglese necessita di varie figure specialistiche: ginecologi, anestesisti, chirurghi, pediatri e soprattutto

medici d'emergenza. Per maggiori informazioni consultare il sito: <http://www2.fnomceo.it/PortaleFnomceo/showItem.2puntOT?id=67658>.

Accertamenti INPS sui medici pensionati

Giovedì 21 gennaio, su iniziativa del Presidente dell'ENPAM Prof. Eolo Parodi, si è tenuta una riunione tecnica fra i rappresentanti dell'ENPAM e quelli dell'INPS al fine di chiarire la posizione dei medici pensionati di recente destinatari di un accertamento contributivo da parte dell'INPS. In tale sede, l'INPS ha accettato di sospendere la procedura di accertamento nei confronti dei medici pensionati che hanno esercitato l'opzione per la conservazione dell'iscrizione all'ENPAM. Pertanto, qualora i medici e gli odontoiatri pensionati abbiano già ricevuto o dovessero ricevere l'avviso

di accertamento da parte dell'INPS e abbiano già richiesto all'ENPAM la regolarizzazione della propria posizione contributiva, dovranno inviare via fax (al n. 06.48.294.922) all'ENPAM la seguente documentazione:

- copia dell'avviso di accertamento notificato dall'INPS;
- in caso di regolarizzazione della posizione contributiva in via di definizione, copia del modello di auto-denuncia già spedito all'ENPAM;
- recapito telefonico e fax.

Gli uffici dell'ENPAM, sulla base della documentazione acquisita agli atti, provvederanno tempestivamen-

te a trasmettere all'iscritto l'estratto conto contributivo attestante, per l'anno in contestazione, l'avvenuto adempimento degli obblighi contributivi nei confronti dell'ENPAM, ovvero, in caso di regolarizzazione in via di definizione, notificheranno la lettera recante il calcolo del contributo dovuto e le relative modalità di pagamento. I professionisti interessati potranno, perciò, contestare formalmente la pretesa impositiva dell'INPS esibendo la suddetta documentazione ed, ove necessario, proponendo ricorso entro i termini prescritti.

Un nuovo centro della Fondazione Don Gnocchi a Colle di Val d'Elsa

La presenza in Toscana della Fondazione Don Gnocchi si arricchisce di un nuovo centro di riabilitazione che è stato inaugurato a Colle di Val d'Elsa, martedì 19 gennaio u.s. nella sede di via delle Casette 64. La cerimonia è stata accompagnata dalla posa della statua del beato Don Carlo Gnocchi, la cui beatificazione è avvenuta lo scorso 25 ottobre con una solenne celebrazione a Milano, in piazza Duomo.

La nuova struttura – che prende il nome di “Centro di Riabilitazione Don Carlo Gnocchi” – è sita nel cuore

urbano della città e si propone come punto di riferimento per la salute della più diffusa popolazione di quel territorio. La prospettiva è di assicurare oltre 8.000 prestazioni nel corso dell'anno, riferibili a patologie di natura fisiatrica, ortopedica e neurologica. Tali prestazioni comprendono visite e trattamenti ambulatoriali, forniture di presidi ortesici, controlli periodici. Particolare rilievo hanno i trattamenti destinati ad effetti da patologie della colonna vertebrale in età evolutiva, al fine di prevenire le disabilità funzionali che questi even-

ti morbosi, quanto evolutivi, finiscono per determinare.

La struttura è dotata dei migliori standard previsti dalla normativa vigente ed è curata nei minimi dettagli strutturali e tecnologici con spazi assistenziali che si caratterizzano per una particolare attenzione nella scelta dei colori e dei materiali, tesi a favorire la percezione di comfort e di accoglienza del paziente.

Recapiti:

Marco Viani
055/2601264 - 331/6420025



La nuova invalidità civile

In merito alle nuove procedure per la certificazione dell'invalidità civile, questa è la nota informativa pubblicata dall'INPS ad uso dei medici. L'Ordine segue da vicino la questione e, con spirito di collaborazione, è in costante contatto con l'INPS per agevolare il compito dei medici e risolvere le criticità esistenti. Su richiesta dell'Ordine, l'INPS accetta in questa fase transitoria anche la certificazione cartacea, in attesa dell'avvio a regime della procedura telematica.

LA NUOVA INVALIDITÀ CIVILE

In ottemperanza alle previsioni dell'art. 20 della legge 102/2009, dal 1° gennaio 2010 l'Inps ha avviato il nuovo processo di gestione delle domande di invalidità civile.

I Medici sono chiamati a collaborare gestendo la certificazione che attesta lo stato invalidante mediante una procedura telematica.

CHI PUÒ ACCEDERE ALLA PROCEDURA:

Tutti i medici-chirurghi regolarmente iscritti agli ordini provinciali.

COME EFFETTUARE LA RICHIESTA DI ACCESSO ALLA PROCEDURA

La richiesta di abilitazione deve essere effettuata utilizzando il "modulo per la richiesta di rilascio PIN per la certificazione di invalidità civile" disponibile sul sito dell'Inps (www.inps.it – servizi on line – per tipologia di utente – medici certificatori).

Il modulo deve essere presentato alle sedi Inps competenti per territorio, insieme ad un documento di identità valido e al certificato di iscrizione all'ordine dei medici (o un'autocertificazione). L'operatore Inps rilascerà il PIN necessario all'accesso alla procedura in busta chiusa numerata.

Nel caso in cui un medico sia già in possesso di un PIN in qualità di cittadino e per il quale ha già richiesto ed ottenuto una PEC è necessario procedere alla revoca dell'esistente PIN di cittadino e all'assegnazione di un nuovo PIN in qualità di medico certificatore con l'aggiunta delle necessarie autorizzazioni affinché possa continuare ad accedere ai servizi personalizzati.

COME ACCEDERE ALLA PROCEDURA

L'accesso alla procedura deve essere effettuato accedendo al sito www.inps.it (servizi on line – per tipologia di utente – medici certificatori) ed effettuando l'autenticazione mediante codice fiscale e PIN. Al primo accesso il medico dovrà modificare il PIN iniziale seguendo la procedura guidata.

I MEDICI CERTIFICATORI

Sono i medici abilitati a compilare i certificati con modalità telematica.

L'elenco dei medici certificatori accreditati in possesso di un PIN Viene pubblicato sul sito internet dell'Istituto.

IL CERTIFICATO

È necessario che contenga il codice nosologico ICD9 ai fini della corretta composizione della Commissione medica che sarà chiamata a verificare lo stato invalidante. Ci sono molti programmi e siti internet dove si possono trovare questi codici (ad es. <http://www.eumed.it/drg/ricerca.asp>). In quest'ultimo caso è sufficiente effettuare una ricerca attraverso un qualunque motore di ricerca.

PER INFORMAZIONI

È possibile

- rivolgersi alla sede Inps più vicina;
- contattare gratuitamente il numero 803 164;
- accedere al sito internet www.inps.it;

Le Sedi Inps provinciali stanno organizzando incontri con gli Ordini provinciali dei medici finalizzate a esporre ai Medici sia le modalità di assegnazione del PIN, sia le modalità di compilazione telematica del certificato medico.



CONVEGNI E CONGRESSI

IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE ALLA FINE DELLA VITA

Il convegno dell'Ames Scandicci si terrà in data **27 marzo 2010** anziché il 13 marzo presso l'Ordine dei Medici, Via Vanini 15 Firenze. Relatori: A. Panti, S. Spinsanti, F. Mantovani, A. Zuppiroli, S.M. Librenti, P. Rossi Ferrini, P. Morino, F. Tozzi. Il progresso delle scienze mediche, l'affermarsi di metodiche terapeutiche sempre più evolute e complesse fanno nascere insieme alla valutazione di aspetti più strettamente tecnici e scientifici, anche considerazioni di natura etica e deontologica che coinvolgono tutti gli operatori che a vario livello intervengono nel trattamento sanitario. Questo è particolarmente evidente nelle fasi finali della vita, fasi in cui il medico rappresenta punto di indiscutibile riferimento per il paziente e figura sicura di alleanza terapeutica. Questo convegno si propone di sottolineare il rapporto medico-paziente come elemento cardine del vissuto nelle fasi finali della vita; vuole essere un momento di riflessione fra medici per tornare a svolgere il proprio quotidiano lavoro arricchiti dall'incontro con esperti di indiscusso valore nazionale e internazionale ma anche dallo scambio diretto di esperienze personali. Info: Pruneti Cinzia - NICO Congressi; con email: cinzia.pruneti@nicocongressi.it. Dr. Maggi: l.maggi3@virgilio.it e lorenzomaggi@ames.firenze.it

RIPENSARE LA CURA. L'OMEOPATIA NELL'APPROCCIO INTEGRATO ALLE MALATTIE CRONICHE

V Convegno Nazionale Triennale della Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata. Firenze, **13-14 Marzo 2010**; Auditorium "Al Duomo", Via De' Cerretani 54/r. Programma su: www.siom.it - Il convegno vuole fare il punto sulle problematiche umane, deontologiche, etiche, sanitarie dei cittadini affetti da malattie croniche (Malattia di Crohn, colite ulcerosa, tiroiditi autoimmuni, sindrome della fatica cronica, oncologia, etc.) e offrire ai partecipanti i risultati delle ricerche scientifiche delle cure integrate provenienti, tra gli altri, da alcuni tra i più noti centri in cui esse si praticano, come l'Istituto Tumori di Milano, l'Ospedale omeopatico di Glasgow, la Clinica Universitaria di Strasburgo.

I° CONGRESSO NAZIONALE SIUT

Dal **28 al 30 Aprile 2010**, a Lucca a Palazzo Ducale si terrà il Primo Congresso Nazionale SIUT (SOCIETÀ ITALIANA UROLOGIA TERRITORIALE) - Il programma visibile anche sul sito: www.siut-urologia.it - www.emiliaviaggi.it è innovativo e chiama a raccolta oltre agli specialisti urologi che operano sul territorio tutti i massimi esperti dell'Urologia Italiana. CREDITI ECM Richiesti al Ministero della Salute. Info: Segr. Scientifica Paolo GIANNOTTI: tel +39050-560004 - e-mail pgiannotti.urol@virgilio.it; Giuseppe DI GIOVACCHINO: tel +393296428529 - e-mail giuseppe.digiovacchino@gmail.com; Vincenzo MARINO: tel +39335-6235062 - e-mail vincenzo_mar@tiscali.it, sito della SIUT: www.siut-urologia.it - Segr. Org.va: Roberto D'AGOSTINO: tel 347.8476434, e-mail robed@hotmail.it; Marcello GENTILE: tel 393.1404955 - email marcellogentile@libero.it; Libertario RAFFAELLI: tel 330418852, email liraff@tin.it.

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA

XXIII Corso Interattivo di Ecografia Internistica - Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo) - **29 maggio - 2 giugno 2010** - Direttori: dott. Marcello Caremani e dott. Fabrizio Magnolfi - Servizio di Ecografia - Ospedale di Arezzo (Tel. 0575/255208 - Fax 0575/255205) - All'edizione 2009 sono stati attribuiti 20 crediti ECM - Informazioni :Ultrasound Congress - Tel 0575.380513 / 348.7000999 - Fax 0575.981752 - e-mail: info@ultrasoundcongress.com - <http://www.ultrasoundcongress.com>

CORSI E SEMINARI

L'UMORISMO E IL DOLORE

L'AOU Meyer di Firenze organizza l'edizione 2010 dei corsi di formazione teorico-pratici su: "L'umorismo e il dolore: i clown nell'ospedale pediatrico" che si terranno a partire dal **4 marzo 2010** presso la sede dell'Azienda, in Viale Pieraccini 24 a Firenze. I corsi avranno la durata di una intera giornata o di due pomeriggi e saranno riproposti fino a dicembre 2010. Inoltre, a partire dal 11 marzo 2010, verranno attivati anche i corsi su: "Incontri con gli animali nell'ospedale pediatrico". Referente dei corsi D.ssa Laura Vagnoli. Ad ogni corso sono stati attribuiti 9 crediti ECM. Per informazioni: umorismoincorsia@gmail.com.

II GIORNATA DI STUDIO DI ADOLESCENTOLOGIA

4-5 Marzo 2010 presso l'Auditorium de La Nazione, via F. Paolieri 17 Firenze - Segreteria: Dott.ssa Stefania Pisano cell. 338.4315377 - Segreteria scientifica: Prof. Fabio Franchini cell. 339.6040475 - È gradita la prenotazione via e-mail: seminari_firenze@libero.it

ISTEROSCOPIA OFFICE

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

RIABILITAZIONE IN ACQUA

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

BACHECA

Si informano i lettori di Toscana Medica
che la Bacheca sul sito dell'Ordine dei Medici di Firenze è ripristinata

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

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

valsartan + idroclorotiazide

depositato presso AIFA il 30/09/05

VALPRESSION[®] 160 mg
C09CA03

valsartan



Menarini, salute senza confini

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



Certificato Nr
50 100 4785

VACO 05-05

Manfredo Fanfani

PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti e le storie di vita



Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

