



ToscanaMedica

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



La Asl 11 di Empoli si sfida sulla qualità

E. Porfido, E. Roccato, M. Borgioli, S. Dei, L. Di Stefano

Un servizio di anatomia patologica per l'Uganda

L. Leoncini, K. Schuerfeld

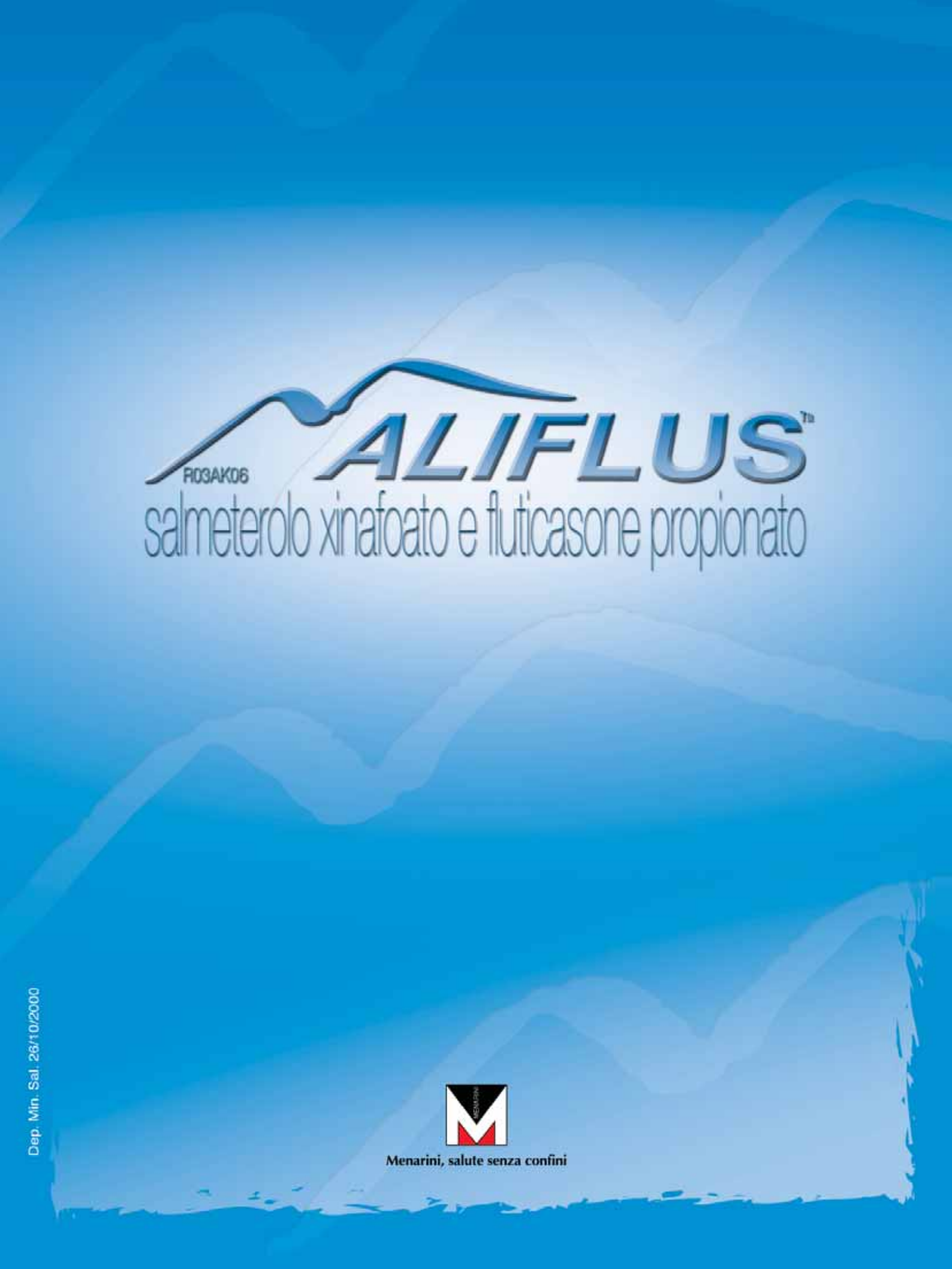
Sì alle erbe, ma attenti alle interazioni farmacologiche

S. Baccetti, F. Firenzuoli

Le cure intermedie: il terzo asse

F. Benvenuti, S. Dei

N° 9 OTTOBRE 2010



FD3AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato



Menarini, salute senza confini

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Bronzino, l'arte della regalità
F. Napoli **4**

EDITORIALE

- Cent'anni di professione
A. Panti **5**

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Un servizio di anatomia patologica per l'Uganda
L. Leoncini e coll. **7**
- Medici stressati, anzi bruciati
S.E. Giustini **9**
- Salute mentale in età evolutiva
C. Coscarella **11**
- Ruolo dell'endoscopia nella pratica clinica in gastroenterologia
M.R. Biagini e coll. **13**
- "Collaborative care" con la medicina generale per la cura nella comunità dei disturbi psichici
C. Lucii **15**
- Il medico a cento all'ora
A. Panti **17**
- SISPO Study: studio di prevenzione/diagnosi precoce del cancro polmonare
A. Colloredo **18**
- Sì alle erbe, ma attenti alle interazioni farmacologiche
S. Baccetti e coll. **19**
- Valutazione dei sistemi sanitari: la Carta Tiberina
AIE, AGENAS **20**
- La salute in carcere: vecchi problemi e nuove emergenze
F. Voller **21**
- La Asl 11 di Empoli si sfida sulla qualità
E. Porfido e coll. **22**
- L'utilità dell'arteterapia in pediatria
F. Franchini e coll. **23**
- Il servizio di Psiconcologia nell'Ausl 11 di Empoli
G. Corsi Conticelli e coll. **25**
- La misurazione del Benessere Mentale al livello della popolazione
G. Guidi e coll. **26**
- Riflessioni sull'uso degli indicatori
F. Bardicchia e coll. **28**

- Le cure intermedie: il terzo asse
F. Benvenuti e coll. **37**

REGIONE TOSCANA

- La farmacovigilanza in Toscana
M. Parrilli **29**
- Studio Toscano sull'Iperensione Giovanile
Consiglio Sanitario Regionale **31**
- Chi guida la mano del medico? A proposito di una lettera ai medici
A. Panti **33**
- Dar voce alla sofferenza dei pazienti ricoverati negli ospedali toscani
M. Scollo Abeti, L. Lavacchi, B. Librandi **34**

RICERCA E CLINICA

- Il dolore pelvico acuto nella donna
F. Vezzosi e coll. **39**
- Trattamento precoce dell'arto superiore con tossina botulinica in pazienti con ictus cerebrale
C. Cesaretti e coll. **42**
- La tiroidite autoimmune
F. Galluzzi e coll. **44**

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- L'Arte: un potente mezzo mediatico d'informazione nell'evoluzione della medicina
M. Fanfani **48**

SANITÀ NEL MONDO

- Liberating the NHS. Svolta shock nella sanità inglese
G. Maciocco **52**

FRAMMENTI DI STORIA

- Medicina e alimentazione nelle Canarie in un'opera del Boccaccio
J.P. D'Elia **54**

LETTERE AL DIRETTORE

- Tanto è un attimo
T. Rubino **56**
- Ancora sul drago di Montelupo
F. Scarpa **57**
- A proposito di depressione e Collaborative Care
S. Castagnoli **58**

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI

BACHECA

CONVENZIONI

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXVIII n. 9 - Ottobre 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

"Il fiore bianco" di Pier Luigi Duvina - 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: toscanamedita@ordine-medici-firenze.it

Editore

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

Pubblicità

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

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



Bronzino, l'arte della regalità

L'arte del Bronzino si esalta specialmente in alcuni passaggi offerti dalla bella articolata mostra presentata su di lui presso le sale di palazzo Strozzi a Firenze, fino al **23 gennaio 2011**.

FEDERICO NAPOLI

Fondamentale è coglierne il cambiamento intervenuto dalle opere giovanili realizzate durante l'apprendistato presso Pontormo entro il 1530 a quelle della maturità, specie dopo il 1540; egualmente importante è sottolineare i quadri di sapore riformista confrontandoli con quelli controriformisti; infine, è importante capirne la collocazione nell'ambito della cultura fiorentina capace di alimentare anche certe sue passioni letterarie.

Il lungo apprendistato che Angiolo di Cosimo detto Bronzino (dal colore dei capelli) effettuò presso la bottega di Pontormo lo mette in condizioni di raggiungere un perfetto disegno, una armonica composizione, una dolcezza di insieme seppure un po' nervosa – si vedano in mostra le ampie gonfie vesti di *San Michele Arcangelo* ed il moto serpentinato della figura –; dopo non molti anni però, l'autore ormai titolare di una propria bottega si concentra su di una ritrattistica intesa come *pittura di potere*, capace di indicare l'importanza del ritratto attraverso pose ampie, immobili, di raffinata attenzione, astrattive perché distaccate, ma estremamente vere perché precise nei particolari, dove le stesse vesti prima mosse divengono qui scandite nelle pieghe, nel disegno, indice di regalità assoluta – ad esempio, i tanti ritratti della famiglia Medici –.

Intorno agli anni Quaranta del Cinquecento – Bronzino nasce nel 1503 a Monticelli, oggi rione fiorentino, muore a Firenze 69 anni dopo – il pittore ha una importante serie di commissioni dalla famiglia Panciatichi; questi ultimi hanno interessi, se non simpatie, riformiste e nei quadri da loro commissionati traspare tale aspetto: nel *Cristo crocifisso* è chiara l'idea di una fede assoluta senza intermediari e allusivi sono anche i ritratti di Bartolommeo e di Lucrezia.

Tale committenza diventa poi continua per la famiglia granducale e per la sua corte, fatta di successivo allineamento alle idee della Controriforma nell'ottica di un riavvicinamento (politico) dei Medici al Papa (in vista del titolo granducale); anche da qui, provengono opere come la magniloquente *Resurrezione*, il pietistico *San Bartolommeo*, l'enfatico *Cristo portacroce*.

È il successo di un artista che nei ritratti per la famiglia Medici, sovrappone la figura, meticolosamente dettagliata nei risvolti della sua potenza, a sfondi scuri, spesso anonimi, ove un accentuato gioco di luci/ombre incornicia adeguatamente il personaggio ritratto. Pittura che qualifica il Bronzino come grande ritrattista di corte – *Eleonora di Toledo con il figlio Giovanni* –, anche se viene in modo diverso da lontano, dagli interessi visivi di Leonardo, frequentati anche da Giorgione, Sebastiano del Piombo, Antonello da Messina, Tiziano ed altri fino, in seguito, allo stesso Caravaggio.

Pittore di vaste conoscenze – la serie di cartoni per gli arazzi sul tema di Giuseppe mostra conoscenze della classicità, amore confermato in tante opere con soggetto mitologico –, frequenta personaggi della letteratura come Laura Battiferri, lui stesso dedicandosi alla poesia ora grave ora burlesca, quest'ultima trovando poi nella ironica pittura bifronte del *Nano Morgante* una concretizzazione visiva in stretta relazione al dibattito tutto cinquecentesco introdotto da Benedetto Varchi sul primato della pittura o della scultura.

Arte, questa di Bronzino, più cortigiana che manierista, di potere – i ritratti della famiglia Medici –, aristocratica – i personaggi Bandini e Andrea Doria –, colta – i frequenti soggetti mitologici –, duttile – i pittorici cartoni per gli arazzi, l'ironia e la severità –, di altissimo livello tecnico, di ampia conoscenza del suo contemporaneo, in parte poi proseguita dall'allievo Alessandro Allori, al quale a palazzo Strozzi è dedicata la sala conclusiva della mostra. Dunque, una pittura perfettamente calata nel clima eclettico e colto di Firenze nel terzo quarto del Cinquecento.

TM



Cent'anni di professione

ANTONIO PANTI

Il 10 luglio 1910 il Parlamento approvava, su proposta dell'Onorevole Giolitti, Presidente del Consiglio Luzzatti, la legge n. 455, istitutiva dell'Ordine dei Medici. Una legge fortemente voluta dai medici per proteggere la professione da cerusici, cerretani, flebotomi, e ogni sorta di abusivi, mediante l'iscrizione in un albo dei laureati in medicina. Solo l'iscrizione rendeva legittimo, allora come oggi, l'esercizio della professione. Allora come oggi, compiti fondamentali dell'Ordine erano la tenuta dell'albo a tutela della cittadinanza e il potere disciplinare rispetto a norme deontologiche oggi rese più complesse dai progressi della scienza e della tecnica.

I codici deontologici di allora dettavano prevalentemente norme di collegialità e riprendevano gli antichi precetti ippocratici: operare per il bene del paziente, proteggerlo da ciò che può nuocergli e mantenere il segreto professionale. Agli Ordini sfuggì allora, e tuttora manca, qualsiasi potere sia sulla formazione dei medici, in Italia esclusiva riserva dell'Università, sia sulle politiche sanitarie che, dalla legge Crispi-Pagliani del 1888 alla Riforma Sanitaria del 1978, sono rimaste appannaggio della politica.

Gli Ordini, soppressi dal Fascismo, furono costituiti nel 1946 con gli stessi compiti della legge del 1910. Oggi, retti da quelle antiche norme, servono? Servirebbero senz'altro: usurata è la legge non la funzione, anzi quella deontologica è sempre più socialmente rilevante.

Cent'anni però è un tempo lungo, e straordinariamente lungo è stato il XX secolo per la medicina. E basta ripercorrere gli incredibili progressi della scienza e della tecnica, i mutati concetti di salute, di guarigione e di malattia, l'estensione universale del diritto alla tutela della salute, i costi inarrestabili della sanità, l'affermarsi dell'autodeterminazione del paziente, l'invecchiamento della popolazione, i diversi stili di vita e la percezione sociale dei determinanti di salute, la fiducia illimitata nella medicina, il ricorso a pratiche diverse, insomma una miscela di speranze, delusioni, illusioni ma anche certezze sulla guarigione di malattie finora incurabili. Tra innovazioni sempre più accelerate e immutati bisogni dell'uomo che soffre, la medicina vive una profonda crisi di trasformazione.

Eppure i valori sui quali si fonda la medicina non cambiano. Il bene del paziente come fine primario (anche se spesso emerge il conflitto di interesse); il rispetto della autonomia del paziente, sanzionata dal consenso che segue ad una corretta informazione; la libertà decisionale del medico che si confronta col progetto di vita del cittadino in particolare nelle scelte di inizio e fine vita; l'equità nell'uso delle risorse come abito deontologico che dovrebbe rendere inutile qualsivoglia imposizione amministrativa.

Tuttavia, all'acme dei successi della medicina, quasi per una certa *hybris* medica, un peccato di orgoglio per il potere raggiunto dalla scienza, si intravede un futuro confuso che provoca disaffezione e preoccupazione tra i medici. Le disillusioni o le eccessive attese dei cittadini rendono difficile la relazione col paziente, spesso esigente nell'imporre i suoi desideri quando non trasforma qualche insoddisfazione in richiesta risarcitoria. Ma anche la politica e la società mostrano minor fiducia e chiedono controlli sulla sostenibilità e sulla correttezza delle decisioni dei medici.

Insomma i sistemi sanitari moderni e il progresso della tecnica espandono il mercato della salute e fanno esplodere il consumismo sanitario; nello stesso tempo equilibri secolari tra arte e scienza e tra medico e paziente sono entrati in crisi.

Il modello di medicina cambia perché cambiano i limiti di ciò che alla medicina si chiede. Così si trasforma la relazione col paziente anche per il mutato concetto di guarigione, tra cronicità e aspirazioni a impossibili *restitutio ad integrum*. Il futuro della medicina, pur nel rispetto dell'economicismo imperante, è un problema antropologico che impone un freno alle inutili imposizioni burocratiche ma, nello stesso tempo, costringe i medici a riflettere su come rilegittimare una professione dalle gloriose radici ma dal complesso divenire.

Cent'anni di professione hanno creato nuove antinomie. Da sempre il medico si è rivolto alle cure del paziente e a quelle della comunità e ciò provoca vistose contraddizioni tanto che si è raffigurato il medico come servitore di due padroni, il paziente e l'amministrazione della sanità. Vi è un conflitto di interesse radicale nella professione, stretta tra un'offerta tecnica regolata dal mercato e la razionalità economica del gestore delle risorse. Altresì non si è sciolta la ambiguità tra dipendenza e professione privata. Ciò influenza la relazione col paziente, resa sempre più difficile anche dalle associazioni dei pazienti, dai siti web, dalla virtualità dell'informatica che grava sulla concretezza della singola relazione. L'antinomia tra professione liberale e libera professione è tuttora viva e i medici vogliono godere delle protezioni del rapporto di lavoro dipendente o convenzionato e, nello stesso tempo, decidere liberamente tariffe e modi di esercizio della professione verso i soggetti "privati" in nome di una libertà di scelta rivendicata dal paziente.

Viviamo infine una crisi epistemologica e metodologica della scienza medica che si riflette sulla formazione universitaria e sul ruolo della professione nell'insegnamento. Caratteristica della professione è la trasmissione del corpo dottrinario alle successive generazioni. La separatezza tra università e profes-

sione in un'epoca di radicali trasformazioni rende problematico creare un medico adatto a affrontare le sfide del futuro.

Gli stessi fondamenti dell'arte medica, la diagnosi, la prognosi e la terapia, debbono essere ripensati alla luce della discussione sui limiti antropologici e sulle potenzialità tecnologiche della medicina. Insomma la sintesi tra integrazione e riduzionismo, tra relazione col singolo e rapporto con la collettività è sempre più necessaria.

Quale allora il ruolo della massima associazione tra medici, l'Ordine professionale? L'Ordine deve promulgare le norme deontologiche, tutelarne l'os-

servanza, garantire ai cittadini la competenza professionale dei medici e verificarne il mantenimento nel tempo. Una nuova legge, di cui si sente fortemente il bisogno perché cento anni gli Ordini li dimostrano, non basta a risolvere i problemi della professione. Occorre rinnovare il patto che per secoli ha legato la medicina alla società, un patto di aiuto morale nella sofferenza, di garanzia scientifica e di impegno sociale per il conseguimento della migliore tutela possibile della salute. Occorre trovare una nuova legittimazione fondata su una rinnovata moralità dei singoli e della professione.

TM



CELEBRAZIONE 100 ANNI DELL'ORDINE DEI MEDICI

Sabato 11 dicembre 2010

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Quest'anno il tradizionale augurio di Natale coincide con un'importante ricorrenza, il centenario della legge istitutiva degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri. Cento anni di meravigliose scoperte scientifiche e di enormi trasformazioni sociali che hanno profondamente mutato l'esercizio della professione. Tuttavia i valori radicati nella tradizione della medicina sono tuttora vivi e operanti e segnano il filo rosso che lega la figura del medico, che cura e si prende cura del paziente, con il futuro tecnologico della medicina. Per questo abbiamo voluto offrire ai medici una serata in cui, dopo una breve rievocazione filmica del secolo trascorso, ascolteremo dalla viva voce di alcuni protagonisti della scena medica fiorentina la testimonianza di una professione vissuta in tempi così difficili ma sempre guidata dai valori secolari della deontologia.

15.30 **Introduzione**
ANTONIO PANTI

15.45 **"PROFESSIONE MEDICO"**
Filmato realizzato dalla FNOMCeO

16.30 **ASCOLTIAMO I PROTAGONISTI**
Moderatore: MASSIMO ORLANDI, giornalista

Intervengono:

GIORGIO BARTOLOZZI
MANFREDO FANFANI
GRAZIELLA MAGHERINI
MANRICO GABRIELE
GIOVANNI ORLANDINI
GIAN GASTONE NERI SERNERI
LUCILLA ZILLETTI

18.00 **UN CODICE PRIMA DEL CODICE**
IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA FIORENTINA
ESTHER DIANA

18.30 Inaugurazione Mostra pittori

BRINDISI E AUGURI DI NATALE

Info: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze
Via G.C. Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel: 055.496522 int 3



Un servizio di anatomia patologica per l'Uganda

Il progetto dei Patologi Oltre Frontiera della Toscana

In Toscana si è recentemente costituito il gruppo territoriale dei Patologi Oltre Frontiera. Il gruppo nasce dall'interesse del Prof. Leoncini patologo dell'Università di Siena. I Patologi Oltre Frontiera realizzano progetti finalizzati allo sviluppo dell'anatomia patologica e della diagnostica oncologica in Paesi in via di sviluppo, in collaborazione con Organismi Non Governativi, Società Scientifiche, Associazioni e Organizzazioni Internazionali.

In particolare il gruppo toscano si occupa già da due anni della realizzazione di un laboratorio di anatomia patologica in Uganda al St. Mary's Hospital in Gulu, curandone l'aspetto organizzativo e logistico, in collaborazione con enti locali e l'invio di volontari medici anatomo-patologi, biologi o tecnici di laboratorio biomedico, soci dell'Associazione.

Il St. Mary's Hospital è situato a circa 300 Km dalla capitale Kampala, nel distretto di Gulu che viene considerato la "capitale" dell'Uganda del Nord. Ha una popolazione di oltre 450.000 abitanti, costituita per più dell'80% dal gruppo Acholi, con un tasso di crescita del 3% annuo. L'attività economica principale è l'agricoltura. Il distretto, insieme a tutta la fascia settentrionale del paese, è stato duramente provato da venti anni di guerra civile tra il governo nazionale e i ribelli del Lord's Resistance Army, gruppo guidato dal fondamentalista cristiano Joseph Kony. Con gli accordi del 2006 si è raggiunta una pace che va

progressivamente consolidandosi, a tutto beneficio di una popolazione martoriata da guerra, povertà e malattie (gli indicatori economici e sanitari del distretto sono tra i peggiori della nazione).

L'ospedale, fondato nel 1959 in Nord Uganda dalle suore comboniane, è stato sviluppato dal 1961 da due coraggiosi medici,

i coniugi Piero Corti e Lucille Teasdale. Dopo una vita dedicata interamente alla crescita e allo sviluppo del Lacor Hospital, Piero e Lucille crearono le due Fondazioni per assicurare sostegno al loro ospedale che nel corso degli anni si è notevolmente sviluppato offrendo assistenza principalmente alla popolazione del distretto di Gulu, ma accogliendo anche pazienti provenienti da tutte le altre parti dell'Uganda. Attualmente il St. Mary's ha raggiunto una capacità di 476 letti divisi tra i reparti di Medicina, Chirurgia, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia. L'ospedale ha anche un grosso poliambulatorio per i pazienti esterni.

Le sale operatorie sono sempre funzionanti per le emergenze e dal lunedì al venerdì per le operazioni programmate. È noto tuttavia che la disponibilità di servizi diagnostici adeguati è indispensabile per un corretto e moderno approccio al malato. Una terapia basata su ipotesi diagnostiche sufficientemente suffragate da esami obiettivi, invece che da tentativi terapeutici basati quasi esclusivamente sulle intuizioni cliniche del medico, è fondamentale e peraltro ciò è pratica comune in realtà come quelle in cui si trova

LORENZO LEONCINI*, KARIN SCHUERFELD**

* Dipartimento di Anatomia e Istologia Patologica, Università di Siena

** Anatomia Patologica ASL 8, Montevarchi





ad operare il Lacor Hospital. Quindi una diagnosi istologica è risolutiva soprattutto nel caso di sospetto di malattia neoplastica. La possibilità di avere una risposta in tempi brevi in alcuni casi è determinante per la riuscita del trattamento e per la vita del paziente, come per esempio nel caso di neoplasie ematologiche pediatriche. Ma presso il Lacor Hospital esisteva solo un piccolo laboratorio di istopatologia in cui operava un solo tecnico, ed i circa 1600 esami istologici annui (inclusi, tagliati e colorati con ematossilina/eosina manualmente), venivano inviati a Kampala da cui giungevano i referti via fax con tempi di risposta di circa due mesi.

Il progetto per la realizzazione di un laboratorio di anatomia patologica ha avuto inizio attivo nel Luglio 2008 grazie al finanziamento della Provincia autonoma di Bolzano per allestire il Laboratorio e del MAE (tramite AISPO dell'IRCCS S. Raffaele di Milano). Attualmente ci lavorano due tecnici ugandesi e, a turni in genere mensili, un medico patologo della associazione Patologi Oltre Frontiera. La gestione delle attrezzature e dei consumabili dipende dal Lacor Hospital, ma il materiale specifico (soprattutto per l'immunocitochimica) proviene dall'Italia tramite donazioni. I patologi volontari svolgono la loro attività senza retribuzione, con le spese per il viaggio e l'alloggio forniti dalla Fondazione Corti.

I campioni per analisi di istologia e citologia provengono quasi esclusivamente dal St Mary Lacor Hospital. In futuro si potrebbe anche estendere il servizio ad altri ospedali della regione, incluso l'ospedale regionale di Gulu.

Si nota un continuo incremento della attività diagnostica cito-istologica data la attuale pressante domanda da parte dei clinici. Nel 2008 sono stati eseguiti 1.280 esami istologici e 250 citologici, nel 2009 1.575 esami istologici e 456 esami citologici. Nei primi quattro mesi del 2010 sono già stati effettuati oltre 600 esami istologici e oltre 300 esami citologici.

Inoltre, questo ha permesso di iniziare dei progetti di ricerca in collaborazione con l'Università di Siena sul ruolo degli agenti infettivi nell'insorgenza dei linfomi. Non bisogna dimenticare infatti il ruolo fondamentale della ricerca scientifica nel controllo del cancro che deve essere estesa anche ai paesi in via di sviluppo.

In occasione del recente workshop "What can we learn from Africa?" alla Certosa di Pontignano, organizzato dall'Università di Siena, sono stati presentati i primi risultati del progetto di ricerca e i dati del reparto di pediatria del St Mary's Hospital (Dr. Calbi e Dr. Mwanda), che insieme dimostrano un aumento dell'accuratezza diagnostica presso il suddetto centro. In particolare, la diagnosi differenziale tra linfomi e altri tumori dell'età pediatrica, per esempio sarcomi ma anche la diagnosi differenziale tra i diversi tipi di linfomi, ha portato a un trattamento molto più specifico. Questo è importante soprattutto per il linfoma di Burkitt, una patologia che colpisce una percentuale alta di bambini in questa regione africana. In questo caso, la possibilità di avere una risposta in tempi brevi è determinante per la riuscita del trattamento e permette la sopravvivenza del paziente. Tramite la collaborazione con l'INCT (International Network for Cancer Treatment and Research) è infatti possibile ora curare questi bambini al Lacor e ridurre così la grave differenza che c'è tra l'incidenza della mortalità per questa malattia dei pazienti nei paesi in via di sviluppo e il mondo occidentale.

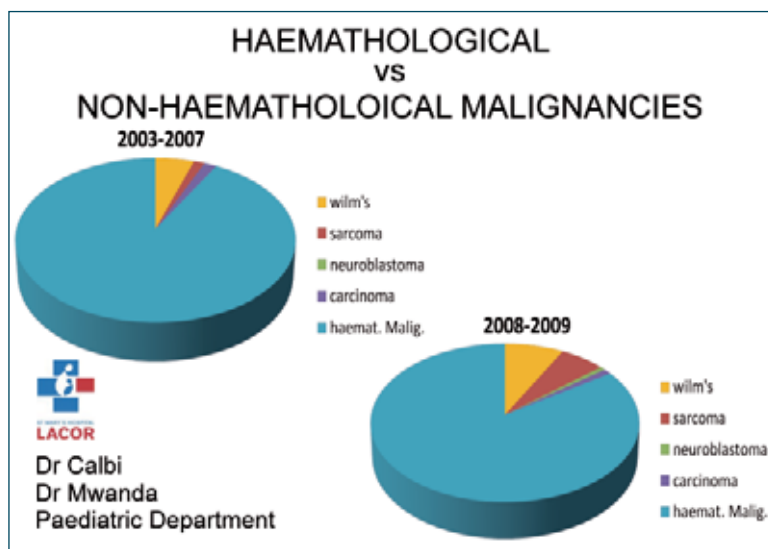
Ogni bambino deve avere il diritto ad essere curato.

Patologi Oltre Frontiera <http://www.patologioltre-frontiera.it>. L'associazione denominata "Patologi Oltre Frontiera", è una organizzazione non lucrativa di utilità sociale, non ha fini di lucro neanche indiretto e opera esclusivamente per fini di solidarietà nell'ambito sanitario con speciale riguardo alla Anatomia Patologica, l'isto-citopatologia e le tecniche correlate, in Paesi in via di sviluppo. È apartitica, apolitica e aconfessionale.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: leoncinil@unisi.it

TM



Medici stressati, anzi bruciati

MEDICI STRESSATI, ANZI «BRUCIATI» <http://www.corriere.it/salute/index.shtml>

DATI ALLARMANTI SUL «BURNOUT» NEI DOTTORI E SULLE POSSIBILI CONSEGUENZE PER I PAZIENTI. MOLTI ARRIVANO AD AMMETTERE IL RICORSO AD ALCOL E A DROGHE

MILANO - La malasanta può dipendere anche dal malessere dei medici: più della metà di loro ammette che stress e fatica finiscono per incidere sul trattamento del malato; quelli maggiormente provati si rendono conto due-tre volte più spesso degli altri di aver mancato in qualche modo nei confronti dei pazienti. Le "confessioni" dei dottori emergono da una serie di indagini condotte in diversi Paesi, riassunte ora sulle pagine di Lancet da tre ricercatori canadesi dell'Università di Calgary. «La salute fisica e psichica dei medici si riflette sull'attività professionale ed è quindi un importante indicatore di qualità delle cure» sostengono gli estensori dell'articolo. E Jean Wallace, prima firmataria dell'articolo, sottolinea: «Molti medici lavorano 50-60 ore la settimana, ma il sovraccarico non è solo di fatica: c'è quello emozionale e, sempre di più, c'è il peso della burocrazia e dei conflitti tra colleghi». «A tutto ciò si sommano fattori culturali che rendono più difficile per i dottori chiedere aiuto — dice Beniamino Palmieri,

Non saprei dire se è *burnout*. Non saprei dire se la "malasanta" dipende dal malessere dei medici". E poi bisognerebbe intenderci su "buona e malasanta" che la prima non trova spazio neppure a cercarla con il lanternino.

Ed è forse per questo che di malessere "dentro" i dottori (e non solo, ma parlo di loro) ce ne hanno da vendere.

Una indagine nella opulenta Modena svolta nel setting delle cure primarie ha così sentenziato.

"Per quanto riguarda la prevalenza del *burnout*, è stato rilevato che:

- il 37,5% degli intervistati presenta alti livelli di esaurimento emotivo, il 33,9% livelli moderati, il 28,6% bassi;
- il 26,8% presenta alti livelli di depersonalizzazione, il 28,6% moderati, il 44,6% bassi;
- l'8,9% presenta alti livelli di scarsa realizzazione personale, il 35,7% moderati, il 55,4% bassi.

Ciò vuol dire che circa un terzo dei medici di medicina generale è emotivamente esaurito, la metà presenta livelli medio-alti di depersonalizzazione e due terzi circa mostrano un alto grado di realizzazione personale".

È solo *burnout*? Nel senso di "un altro tentativo di medicalizzare", di etichettare come malattia uno stato di animo diffuso nella popolazione medica

nata "intorno agli anni cinquanta" fatto di esperienze non finite — se mai realizzate, di valori imbrogliati, ingannati, di parole credute ma raggiunte.

Una volta i medici erano sempre di più, anche troppi, ora saranno pochi e in tutto questo mutamento socio — demografico — economico anche i medici sono cambiati, oltretutto disorientati.

Non c'è più la missione, non c'è più un guadagno sereno, non c'è più rispetto e allora si cerca, si invoca la "professionalità".

La si cerca studiando, collaborando con lo Stato, la Regione, la AUSL, cercando di educare i pazienti, di capire come fare a governare "tutto" non solo la clinica, prova a studiare da manager, per il team, si ingegna di economia, ci si adatta a modelli esteri, e magari si va anche alla Bocconi: questo è il futuro ...

Forse non è *burnout* ...

Urgenze vere e urgenze ritenute tali, evitare accessi impropri al Pronto soccorso: se non basta il 118, perché oberato o che ne so, basterebbe una disponibilità telefonica fatta da medici di medicina generale che sappiano valutare e districare matasse, quindi o il suo medico o qualcuno con la

SAFFI ETTORE GIUSTINI

Medico di medicina generale, Pistoia

sua scheda sanitaria ed un computer.

Basta che gli archivi e le schede non siano come “rami di alberi in autunno ...”.

Ma l'utente chiama, vuole, cerca corre al pronto soccorso, perchè gli fanno gli esami, l'ecografia, la radiografia anzi la TAC. Non importa se aspetto sei ore.

Gli esami sono normali? Sono sano!

Allora è necessario produrre un'informazione massiccia arruolando i migliori pubblicitari d'Italia per far capire che la febbre non sempre richiede una visita (come in ogni paese del mondo); che non richiede sempre una visita a domicilio un dolore articolare, una mal di schiena, un occhio che lacrima, un giramento di testa, un episodio di vomito ...

Si insegna che le ricette si fanno in ambulatorio dal lunedì al venerdì e non in guardia medica, pardon Continuità Assistenziale ora si chiama. Ma di che continuun si parla ...?

Non c'è più la missione, anche se in fondo alla coscienza di ognuno c'è la consapevolezza che il nostro non è un lavoro come un altro e che non si può fare come un altro.

Scienza? Professione? Consapevolezza, autorevolezza e stima di “questa” professione?

Per qualcuno è questo, è nata e cresciuta dentro, con la determinazione di fare questo lavoro, proprio questo, di farlo al meglio, averne la voglia e il desiderio.

Non è *burnout*.

“Non ci sono soldi, ma voi siete centrali, fondamentali, aumentate la vostra professionalità e noi vi gratificheremo, come ..., vedremo, le AUSL decideranno, farete gli accordi ... e intanto, note, registri USL, rendiconti mensili, lettere raccomandate per richiamare l'attenzione sulla spesa eccessiva, sull'appropriatezza, già che ci siamo ad essere cen-

trali ed importanti è bene che facciate la puntura per i vaccini, non solo anche lo studio e il monitoraggio epidemiologico, poi la statistica di incidenza delle patologie, già che ci siete potreste fare glicemie, colesteroli e ... dimenticavo il PT-INR, vedrete sarete grandi e “professionali” e soprattutto saranno soddisfatti gli utenti”.

Ma non curavo persone? Professionali?

La cosa che mi viene in mente è che in USA o in UK come in Canada con i “professionali” (infermieri, li stimo anche quelli che fanno paura ... quelli laureati) fanno tutto ciò mentre i «Doc» pensano ad altro. Che non facciamo noi o solo in parte.

Qualcuno ha mai fermato il tempo e si è messo a riflettere sulla reale stima e fiducia che da parte delle istituzioni ci è riservata?

È stima quella regola non scritta che fa sì che una commissione (d'invalidità o quant'altro) dopo aver visionato il particolareggiato, sudato certificato corredato di tutte le regole burocratiche del caso, “non se ne fa niente” se non ha una relazione di uno specialista “USL” o un referto d'ospedale? Sono cose vere, fatti acclarati, lo sa anche la Fata Turchina e il Grillo Parlante che è così. C'è di più: non possiamo certificare una qualsiasi malattia invalidante, per ottenere “l'esenzione” se non è documentata, garantita, testimoniata da un ospedale.

Non è *burnout* ...

Stiamo ormai sull'orlo da non poter né ricoverare né chiedere esami che non siano di routine ... i soliti di trent'anni fa. Siamo “centrali” come i centraloni di smistamento da dove tutto passa, dove si carica tutto il lavoro ma che in realtà lavorano solo per gli altri. Mai per se stessi o per una qualità che la nostra professione imporrebbe. Forse il *burnout* è altro ...

TM

CONVENZIONI

LONDON SCHOOL - a Firenze dal 1981, è una scuola autorizzata dal Ministero della Pubblica Istruzione per l'insegnamento della lingua inglese, francese, tedesca e spagnola, sia per bambini a partire dai 4 anni, che per gli adulti. Dispone di docenti madre-lingua. London School riserva sconti del 10% sui corsi collettivi a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici e ai loro familiari (anche sui corsi per bambini e ragazzi) e promozioni sui corsi individuali (da quotare al momento di ogni singola iscrizione) anche con indirizzo medico/scientifico. Per informazioni o per prenotare un test d'ingresso gratuito, la segreteria è aperta da lunedì a venerdì ore 9.30/13.00 e 15.30/19.30 ed il sabato ore 10.30/12.30. La sede è a Firenze in Viale dei Mille 98. Tel. 055.570029 - fax 055.585860. e-mail: info@londonschool.org; www.londonschool.fi.it.

L'OTTICA GALANTI - ha stipulato una convenzione con l'Ordine dei Medici di Firenze. Ai medici che presenteranno il tesserino ordinistico ed ai loro familiari verrà praticato uno sconto del 25% su occhiali da vista, e del 20% su occhiali da sole. Sedi: Via Gioberti 104r/106r, FIRENZE, tel. 055.669653 - Via Martelli 32r, FIRENZE, tel. 055.294131. www.otticagalanti.it.

GOLF CLUB CENTANNI - Il Golf Club Centanni è aperto dal Martedì alla Domenica dalle ore 8.00 all'imbrunire. Per provare il golf non occorre indossare un abbigliamento particolare. Basteranno normali scarpe da ginnastica, una pantalone sportivo, polo, pullover (no: tuta, calzoncini da calcio, atletica, T-shirt, jeans). I seguenti pacchetti di avvicinamento, sono rivolti a tutti i medici ed ai loro parenti. La struttura che si trova a Bagno a Ripoli, via di Centanni, 8 50012 Firenze. Per info contattare il Maestro Joe Aveta 380.7096446 joe@joeaveta.com joe@joeaveta.com, http://www.residence-centanni.it.

Salute mentale ed età evolutiva

Nel PSR 1997-1999 venivano disegnati servizi per la Salute Mentale a proiezione distrettuale ed interdisciplinari denominati Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia ed Adolescenza (UFSMIA) ed Unità Funzionali Salute mentale Adulti (UFSMA).

Il sogno antico dei neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA-toscani e non solo) del gruppo multidisciplinare come servizio per la salute mentale apriva prospettive enfatiche di consolidamento dei servizi territoriali e di metodologie operative che si richiamavano alla tradizione ed alla storia della neuropsichiatria italiana (Coscarella e Camuffo, 2002; Coscarella 2004° e 2004 b; 2006).

Lo scenario organizzativo che il PSR prospetta nel 2010 dovrebbe porre le Società della Salute come l'organo di programmazione e di controllo territoriale (e proprio su queste pagine in un lavoro precedente si era ipotizzato un Dipartimento di Salute Mentale (DSM) fortemente operativo e gestionale, trasversale a tutte le UU.FF della Zona-distretto che si occupano di Salute Mentale (Coscarella, 2006).

Ma il governo delle ASL toscane procede in tutt'altra direzione, dove la programmazione verrebbe coordinata in macro distretti (area vasta di alcune ASL + Università). Se questo modello in essere potrebbe offrire vantaggi nella programmazione e nella gestione ospedaliera, per i servizi territoriali potrebbe trasformarsi in una cabina di regia assai lontana dal luogo dove nasce il bisogno di cura e si produce l'offerta di servizi (Zona-Distretto-Società della Salute).

A conferma di questo indirizzo per il Progetto Obiettivo Salute Mentale (formalizzato dal PSR nel lontano 1992) si assiste alla progressiva dissolvenza del DSM come organismo di programmazione operativa, diluito in ASL Provinciali aggregate in Aree Vaste Universitario-centriche, quest'ultime impegnate sostanzialmente in funzioni di razionalizzazione (riduzione) dei servizi anziché di Governo Clinico dei processi.

Nella Salute Mentale si avverte un certo senso di inadeguatezza. In particolare per l'età evolutiva strozzata fra la Salute mentale Adulti, *tela di Penelope* di servizi e di presidi in cantiere da 30

anni, e gli indirizzi di contenimento della spesa sanitaria regionale senza riduzione dell'offerta di prestazioni.

CLAUDIO COSCARELLA

*Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza
Resp. UFSMIA - Asl 6 Zona - Distretto Elba - Livorno*

SATELLITI

Una delibera regionale sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nel 2006

ed un'altra recente sui Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) nel dicembre del 2008 hanno previsto strutture operative ambulatoriali, residenziali ed ospedaliere, coordinate in una rete regionale specifica e settoriale, articolate per le tre aree vaste della Toscana. Si tratterebbe di servizi autoreferenti e satelliti alle UU FF con un proprio responsabile ed un personale assegnato. Al *Satellite Anoressia e Bulimia* ed al *Satellite Autismo* andrebbe anche aggiunto il *Satellite ADHD*, anche quest'ultimo deliberato a suo tempo, che prevede ancora i tre centri universitari regionali di riferimento (Pisa-Firenze-Siena).

Così i satelliti attualmente orbitanti intorno al pianeta della salute mentale in età evolutiva contano le UU. FF. distrettuali, il Centro provinciale per le **Anoressie-Bulimie** e quello per gli **Autismi**, il centro universitario per area vasta **ADHD**. A questi vanno aggiunti i servizi di zona-distretto che hanno competenza sui minori quali il **Ser.T.**, il **Consultorio**, il **Servizio Sociale** ed il **GOIF** (handicap). Con imminenza potrebbero aggiungersi quello per i **disturbi neuromotori** (già in fermento macro-organizzativo in quanto attualmente gli ex bambini con Paralisi Cerebrale diventati adulti sono competenza di nessuno!) e, secondo un possibile indirizzo normativo nazionale, l'ambulatorio neuropsicologico per i Disturbi di Apprendimento e la **Dislessia** (legge promossa dalle associazioni di categoria e in itinere parlamentare).

MOSCHE BIANCHE

La metafora è utilizzata dal prof. G. Stella per stigmatizzare gli alunni dislessici individuabili dopo i primi mesi di frequenza della prima classe, spesso misconosciuti dai servizi sanitari e dai docenti, penalizzati da una scuola che sempre di più si caratterizza attraverso contesti di apprendimento valutativi e competitivi.

Per questi bambini *mosche bianche* spesso non serve una diagnosi ed una terapia ma un approccio riabilitativo interdisciplinare ed interistituzionale che fonda la sua *vision* nel prendersi cura del loro sviluppo particolare nei primi anni di scuola primaria attraverso un intervento diagnostico tempestivo, dove operatori scolastici e sanitari si impegnano nel predisporre un contesto educativo adatto per la crescita e l'integrazione del bambino con Dislessia (Coscarella, 2008).

CONCLUSIONE

Negli anni 70 i servizi e la programmazione avevano predisposto ed articolato risposte speciali per i *bambini malati... che come Mida trasformavano in terapia e tecnicismo tutto ciò che toccavano...* (A. Milani - Comparetti). La proposta di una Rete Regionale specifica e settoriale per ambiti nosografici (autismi, anoressie, ADHD e altri all'orizzonte) potrebbe riattualizzare la *maledizione di Re Mida*: interventi con dubbia appropriatezza e scarsa evidenza di risultati, riporterebbero alla proliferazione di centri e di ambulatori specialistici ed alla replicazione di luoghi di cura e di terapie speciali.

Ieri *Re Mida*, oggi il neuropsichiatra sul territorio potrebbe oggi trasformarsi in *un cacciatore di mosche bianche*.

In Toscana il futuro della salute mentale dell'età evolutiva appare essere proiettato verso un

deciso ridimensionamento delle UU.FF. come servizi territoriali generalisti, una diluizione del modello dipartimentale programmatico ed operativo nel management direzionale, una riedizione dell'ipertecnismo (pseudo-specialistico come negli anni 70) con la creazione di una rete satellitare essenzialmente ambulatoriale per specifico settore di malattie/a, afferente e supervisionata da un polo universitario di area vasta. Questo indirizzo comporta il costante disimpegno dei servizi da progetti di prevenzione secondaria (nella comunità e nelle scuole) per esaurirsi in prestazioni, magari previste dai L.E.A. e tali da soddisfare quantitativamente gli indicatori di attività regionali selezionati per la valutazione delle UU.FF. per la Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

E per concludere... alcune domande:

- L'obiettivo prioritario della disciplina è ancora *il prendersi cura del bambino malato nella sua comunità e nei luoghi di vita?*

- L'approccio riabilitativo dovrebbe prevalere sulle pratiche riabilitative ambulatoriali? L'approccio psicoterapico (la cui fruizione è territoriale) si dovrebbe anteporre alla psicoterapia (la cui fruizione è ambulatoriale)?

- Il prendersi cura del bambino e della sua situazione (della famiglia e della sua integrazione nella scuola) dovrebbe prevalere sempre sui tecnicismi della cura?

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

Ruolo dell'endoscopia nella pratica clinica in gastroenterologia

L'ecoendoscopia è una tecnologia nata agli inizi degli anni '80. È un'indagine strumentale scarsamente invasiva che svolge un ruolo determinante nello studio delle patologie dell'apparato digerente, in particolare di quelle di natura neoplastica. Introdotta in un primo tempo per lo studio del pancreas, organo situato profondamente nell'addome e non facilmente visualizzabile con le tecniche radiologiche di quel periodo, si è progressivamente affermata nello studio del tubo digerente per la capacità di rappresentare in maniera dettagliata i singoli strati anatomici della parete (Figura 1) come pure di analizzare le strutture limitrofe ed i linfonodi adiacenti.

Queste caratteristiche rendono la tecnica particolarmente preziosa nella stadiazione pre-operatoria dei tumori esofagogastrointestinali.

La tecnica unisce le potenzialità di due metodiche:

- 1) l'endoscopia che permette di visualizzare la superficie mucosa del tubo digerente;
- 2) l'ecografia che permette di esaminare gli strati più profondi con un potere risolutivo estremamente elevato che consente di rilevare lesioni

anche di 1-2 mm nella parete esofagogastrointestinale, nel pancreas, nelle vie biliari e negli altri organi.

MARIA ROSA BIAGINI, CALOGERO SURRENTI

*Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi
Dipartimento ad Attività Integrata
Specialità Medico-Chirurgiche
Area Funzionale di Gastroenterologia*

Per queste caratteristiche l'indagine è indicata per lo staging delle neoplasie del tratto gastroenterico (Figura 2), del pancreas (Figura 3) e delle vie biliari, nel

monitoraggio della risposta al trattamento chemio e radio-terapico, nella caratterizzazione delle masse sottomucose, nella individuazione precoce delle recidive su anastomosi, e nella studio delle patologie non neoplastiche (litiasi coledocica (Figura 4), pancreatite cronica, stenosi infiammatorie).

Attualmente sono disponibili strumenti ecoendoscopici a **scansione radiale** e **scansione lineare** (Figura 5); l'ecoendoscopia a scansione radiale è eseguita tramite uno strumento dotato all'estremità di testina rotante che produce una immagine circolare a 360° su un asse perpendicolare a quello dello strumento. Per ottenere una sufficiente finestra acustica si ricorre all'istillazione di acque nel lume del viscere o al diretto posizionamento della sonda sulla superficie mucosa od al rivestimento della sonda con un palloncino riempito di acqua deareata. L'introduzione in commercio di strumenti ecoendoscopici a scansione lineare che

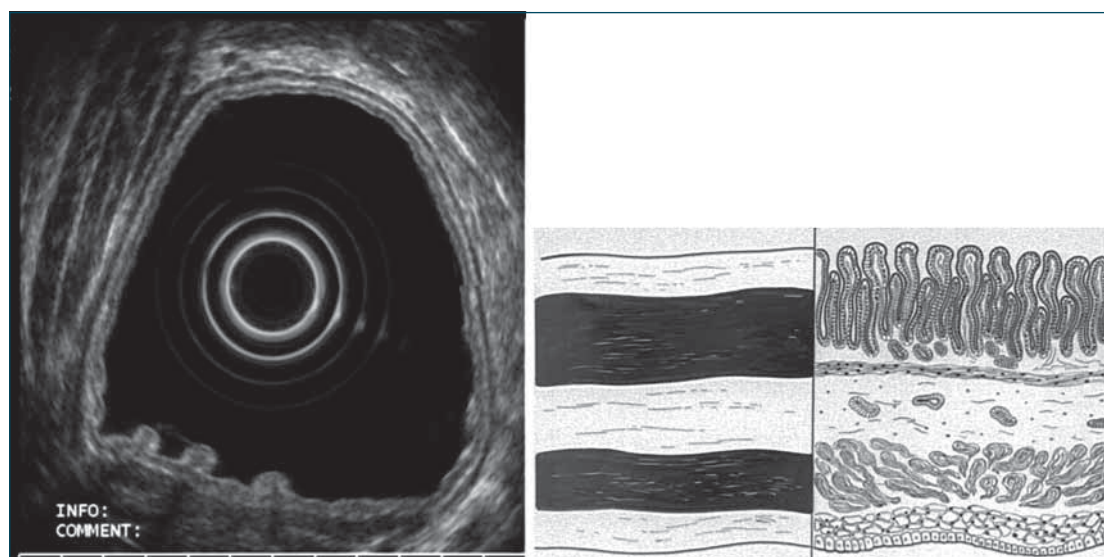


Figura 1 - Immagine EUS della parete intestinale e corrispondente anatomico.

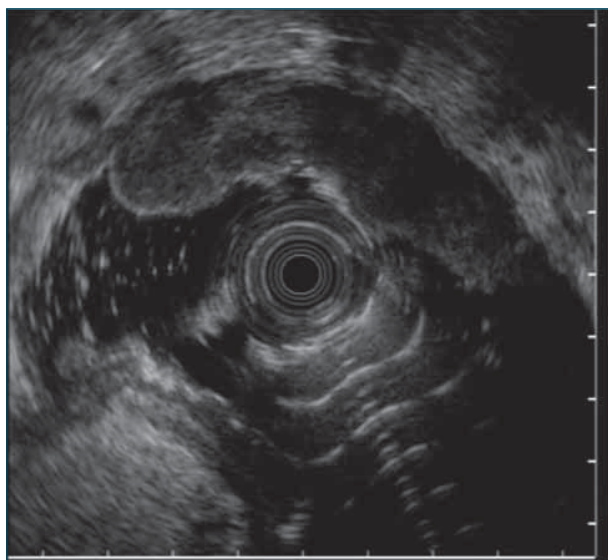


Figura 2 - Adenocarcinoma gastrico che infiltra tutta la parete (T4).

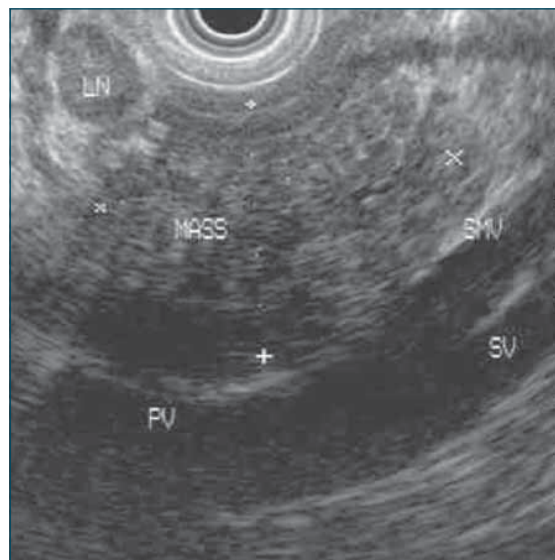


Figura 3 - neoplasia della testa del pancreas infiltrante la vena porta (PV) e interessamento linfonodale (LN).

producono immagini parallele all'asse dell'endoscopio ha avviato lo sviluppo dell'ecoendoscopia interventistica operativa a stretto scopo terapeutico, quale l'asportazione endoscopica di neoplasie esofagogastrointestinali, trattamenti locali come mucosectomia, dissezione sottomucosa o dissezione tissutale tramite laser, riducendo in tal modo i rischi di complicanze e consentendo la valutazione diretta degli effetti dell'intervento. Inoltre possono essere effettuate sotto guida ecoendoscopica gastrostomie percutanee (PEG) di difficile esecuzione e terapia endoscopica del reflusso gastroesofageo patologico.

In conclusione la moderna chirurgia e l'oncologia clinica non possono prescindere da questa indagine per selezionare i trattamenti più appropriati per il singolo paziente e per quello stadio di malattia con enormi vantaggi in termini di rapporto costo-beneficio.

Il campo di applicazione più interessante per il futuro sarà nella terapia della patologia maligna e benigna nell'ottica di una chirurgia sempre meno invasiva. Questa tecnologia si è ormai affermata per l'ampiezza e l'importanza delle sue applicazioni, ma richiede un lungo addestramento e comporta costi elevati per l'acquisto e la manutenzione delle attrezzature. Pertanto questa tecnologia è proponibile in strutture di secondo o, meglio, di terzo livello ed inserita in percorsi diagnostici ben definiti.

Questa indagine viene svolta nell'AOU-Careggi nella struttura di Endoscopia Digestiva dove operano gastroenterologi e chirurghi sulla base di protocolli clinici condivisi nell'ottica di una integrazione interdisciplinare e nell'intento di rispettare i principi di applicazione del HTA (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT).

TM

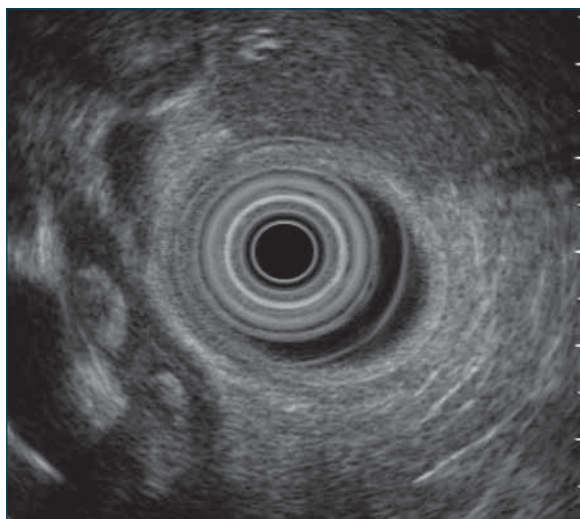


Figura 4 - calcolosi del coledoco.



Figura 5 - Ecoendoscopio a scansione radiale e a scansione lineare.

“Collaborative care” con la medicina generale per la cura nella comunità dei disturbi psichici

INTRODUZIONE

È stato per primo uno studio del 1966 di Mark Sheperd, che in una eccezionale ricerca epidemiologica, ha rilevato l'ampiezza e la rilevanza del fenomeno dei disturbi psichici nella medicina generale.

La prevalenza dei disturbi psichici nella popolazione è tale che nessun paese potrebbe affrontare il costo del loro trattamento se questo fosse affidato a specialisti psichiatri e psicologi. Basta pensare che la depressione in Italia ha una prevalenza media che va dal 5 al 8% della popolazione generale e che i disturbi ansiosi hanno una prevalenza stimata tra il 2 e il 4,5% nella popolazione generale e raggiungono il 10-15% nel setting della medicina generale.

Ma a parte questo aspetto economico, ormai è noto come sia improduttivo sul piano terapeutico trattare in modo segmentato gli aspetti medici internistici e gli aspetti psicologico-psichiatrici delle varie malattie, a meno che questi ultimi non siano particolarmente complessi, gravi sintomatologicamente e di lunga durata.

Oggi sappiamo, come confermato da molti studi, che sono progetti articolati e flessibili, di cura collaborativa tra specialisti e medici di medicina generale, gli strumenti più efficaci per il trattamento di alcuni disturbi, in particolare la depressione.

VERSO UN MODELLO DI “COLLABORATIVE CARE”

Fin dalla sua costituzione il servizio ha aperto ambulatori specialistici presso i poliambulatori distrettuali di Poggibonsi, Colle Val d'Elsa e San Gimignano, ai quali si poteva accedere tramite appuntamento telefonico con richiesta del medico di medicina generale, riconoscendo quindi a quest'ultimo un ruolo centrale nella cura dei disturbi psichici. Questa visione di fondo ha portato nel 1994

a condurre uno studio a cui sono stati chiamati a partecipare tutti i 44 medici di medicina generale della Zona.

CLAUDIO LUCII

*Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale.
Azienda USL 7 di Siena
Zona Alta Valdelsa
Centro Salute Mentale Colle Val d'Elsa (Siena)*

Lo studio dimostrò un reale interesse dei medici alla problematica, tuttavia gestivano in proprio poco meno della metà dei casi che ricono-

scevano come disturbo, mentre inviavano oltre il 50% al servizio specialistico. Interessante il fatto che il medico di base inviava soprattutto per avere una consulenza medico diagnostica, comunque pensando successivamente di trattare in proprio il paziente.

Nel corso del 1999 si sono tenuti 3 *focus group* sul tema dei rapporti tra medici di medicina generale e servizio di salute mentale. Sono stati gli stessi medici ad indicare gli argomenti ed in entrambi i casi hanno partecipato per circa il 50% del totale dei medici di zona. Durante questi incontri è emersa la necessità di definire un protocollo di collaborazione, la cui prima stesura è avvenuta nel 1999 con 2 successive revisioni nel 2003 e nel 2006.

Tabella 1 - Diagnosi dei pazienti su cui è stata svolta una consulenza nell'ambulatorio del MMG

Diagnosi	n.ro pazienti
Disturbi d'ansia	24
Disturbi depressivi non psicotici	25
Psicosi affettive	4
Abuso di alcool	2
Nessuna diagnosi	8

Tabella 2 - Esito della consulenza psichiatrica

Rinvii al medico di medicina generale	45
Presi in carico dal servizio di salute mentale	16
Inviati al SERT	2
Ricoveri o day-hospital	0

Tabella 1 - Andamento negli ultimi 5 anni tra utenti del servizio e loro ricoveri presso il SPDC dell'Ospedale di Poggibonsi.

Anni	Utenti totali	Ricoveri SPDC zona Valdelsa	% Ricoveri/utenti
2005	946	58	6,13
2006	1045	51	4,88
2007	1067	46	4,31
2008	1302	35	2,65
2009	1414	60	4,24

Tabella 2 - Tasso di ospedalizzazione totale (ordinario e day hospital) dei residenti in Valdelsa per dimissioni da reparti psichiatrici della Toscana.

Anno	n.to totale dimissioni psichiatriche ordinarie e day-hospital dai reparti della Toscana	Abitanti residenti nella Zona Alta Valdelsa + 18 anni	Tasso per 100.000 adulti
2002	119	49645	239
2003	130	50010	260
2004	68	50470	135
2005	100	50550	198
2006	116	51502	225
2007	116	52222	222
2008	88	52848	167

In particolare la svolta qualitativa è avvenuta nel 2003, in quanto in quel protocollo si istituiva un **servizio di prima accoglienza**, con a disposizione **un medico psichiatra e un infermiere nelle 12 ore diurne feriali (ore 8-20) presso il centralino del Centro di Salute mentale di Colle V.E.**

Nel corso del 2008 la Regione Toscana ha finanziato un progetto aziendale specifico di consulenza ai medici di medicina generale e di prevenzione sugli interventi precoci. Nel corso di questo progetto è stato istituito un servizio di consulenza rapida ai medici di medicina generale direttamente nei loro ambulatori coinvolgendo 2 studi associati per complessivi 12.000 assistiti per la durata di 9 mesi. Nelle Tabelle vengono riportate le categorie diagnostiche e l'esito della consulenza. Nel 72% dei casi la consulenza è terminata con il rinvio al medico di medicina generale (Tabelle 1, 2).

Come si vede nelle Tabelle tra i pazienti che hanno avuto accesso alla consulenza vi è una netta prevalenza di disturbi ansiosi e di disturbi depressivi non psicotici. Per dare una risposta a questi bisogni il servizio nel corso del 2008 ha attivato inoltre un gruppo per il trattamento dei disturbi d'ansia condotto da infermieri esperti secondo la tecnica psicoeducazionale di Andrews. Finora sono stati attivati 4 gruppi di trattamento con la partecipazione di 28 pazienti appartenenti alle categorie diagnostiche di disturbo d'ansia generalizzato e disturbo da attacchi di panico.

CONSIDERAZIONI OPERATIVE

A seguito della funzionalità del servizio di prima accoglienza e alla particolare attenzione ri-

volta all'intervento precoce in collaborazione con i medici di medicina generale dal 2005 al 2009 il servizio ha avuto un incremento del 40% degli utenti riuscendo tuttavia a mantenere basso il ricorso al ricovero ospedaliero, con un tasso di ospedalizzazione largamente al di sotto della media regionale.

Il basso tasso di utilizzazione del reparto Ospedaliero ha reso possibile l'attivazione di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di tipo "funzionale", cioè non strutturato come Reparto ma che viene funzionalmente aperto in base alle necessità di ricovero. Questo rende possibile l'utilizzo più appropriato del personale infermieristico nelle attività territoriali di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il modello organizzativo del servizio fortemente territorializzato ed orientato alla prevenzione dell'insorgenza acuta dei disturbi, improntato quindi ad una **medicina di iniziativa**.

A questo punto è tuttavia necessario pensare ad ancora altri strumenti integrativi di prevenzione cura e riabilitazione dove però il medico di medicina generale deve mantenere la sua centralità terapeutica, attraverso l'implementazione di un modello territoriale di "cura collaborativa" tra il servizio specialistico e le cure primarie.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: c.lucii@usl7.toscana.it

TM

Il medico a cento all'ora

ANTONIO PANTI

“Poiché è antieconomico passare molto tempo con i pazienti, la diagnosi viene fatta per esclusione, con accertamenti clinici senza fine”.

Bernard Lown - L'arte perduta del guarire

E' un tormentone della medicina moderna il richiamo ai medici di non limitarsi soltanto a “curare” i pazienti ma a “prendersi cura” di loro. Un richiamo tuttavia assolutamente concreto che nasce da un'ambiguità di fondo della medicina moderna, di questa strana professione che usa tecniche molto complesse, ma deve adeguare le regole scientifiche a ogni singolo caso e, infine, individuarne la soluzione all'interno del mondo di valori, di credenze, di ideali di ciascun paziente e della società.

Altresì si può dire che la cura è tecnica e che, se si vuol esercitare l'arte della guarigione o dare aiuto a chi soffre, occorre mettere in campo altre doti, la simpatia umana, l'empatia; ascoltare la gente. Ecco il revival della medicina narrativa. L'anamnesi non come raccolta di risposte a domande prefissate entro una griglia tassonomica precostituita, ma come trascrizione del vissuto emozionale del paziente quale base delle possibilità diagnostiche in una continua interazione con l'esperienza di vita del curante stesso.

Tutto ciò implica una predisposizione del medico e una sua educazione all'ascolto e al prendersi cura, atto molto più complicato di qualsivoglia sofisticatissimo gesto tecnico. Senza dimenticare che la scienza medica è di per sé incerta mentre il paziente reclama certezze, che la parola può recare danni maggiori, se male usata, di qualsiasi intervento, che le emozioni o i sentimenti del medico vanno pur messi in conto, che ogni problema clinico trova la sua origine non in un organo ma in un essere umano.

Tuttavia, anche il paziente dovrebbe imparare alcune regole, al di là dell'essere un esigente fruitore di diritti privo di doveri; dovrà pur esservi una soluzione che, superato l'antico

paternalismo, ritrovi un equilibrio in quell'alleanza terapeutica di cui si parla tanto ma che non ha raggiunto ancora confini certi e punti fermi.

Forse, nonostante le dichiarazioni internazionali, non è chiaro oggi il concetto di salute e di guarigione. Su questo tema si è scritto molto, ma la soluzione concreta, che convince l'immaginario collettivo, ancora sembra indistinta. Si ha l'impressione che la guarigione, quello stato che deriva soltanto dal “prendersi cura”, rappresenti oggi una sorta di “salvezza” terrena per cui, come quella eterna, non possa che essere perfetta. E allora nascono le illusioni, le delusioni e le prosaiche richieste di risarcimento anche quando tutto è andato bene. Insomma se non si risuscita il paziente e questo resta in coma, la colpa è del medico; nessun profeta ha mai vissuto questa ambiguità. È come se le grandiose realizzazioni della tecnica non sanassero l'angoscia di un uomo sempre più fragile.

Insomma, “prendersi cura” del paziente per ottenere i migliori risultati non è semplice. Il ragionamento diagnostico, prognostico e terapeutico si gioca all'interno della relazione di affidamento alla cura e nell'ansia della guarigione. Ci vuole tempo. Ecco, qui è l'intoppo, un amletico intoppo perché il medico deve scegliere se occupare il suo tempo con la burocrazia, se rispondere a tutte le richieste dei pazienti, come mettere d'accordo appuntamenti e liste di attesa, quanto tempo può dedicare all'ascolto secondo i ritmi di lavoro contrattuali.

È un vecchio problema dell'economia. Le tecnologie moderne aumentano la produttività ma per ascoltare una persona ci vuole lo stesso tempo di qualche secolo fa. Nella “Carta di Firenze” si afferma: “il tempo dedicato all'informazione e alla comunicazione è tempo di cura”. Giusto, ma come si fa? Non è facile spiegarlo agli amministratori né la gente lo comprende. Eppure, riconquistare il tempo per l'ascolto del paziente è uno degli snodi principali della medicina moderna.

TM

SISPO Study: studio di prevenzione/diagnosi precoce del cancro polmonare

A differenza di tutte le altre più comuni neoplasie, nonostante i progressi delle tecnologie diagnostiche e i miglioramenti terapeutici, il tumore polmonare è rimasto ai livelli di sopravvivenza degli anni '70: 10-15% di sopravvivenza a 5 anni. Le ragioni di tale fallimento stanno principalmente nella diagnosi tardiva: 80% di soggetti già inoperabili al momento della diagnosi clinica. Lo screening tentato negli anni '80 con la radiografia del torace, in anni recenti, con la TAC spirale, non ha dato risultati definitivi, quindi siamo in attesa dei risultati di due grossi studi controllati, americano e nord-europeo, che dovranno dare una risposta conclusiva.

Ma in tutti questi studi si è sempre preso in considerazione la popolazione dei fumatori, essendo il fumo responsabile del 90% di tumori polmonari. Non è stata considerata altra **“concausa facilitante il tumore”**. Oggi una mole di dati sempre più consistente, ha dimostrato che **l'infiammazione cronica**, è il microambiente ottimale per lo sviluppo della neoplasia: la **flogosi delle vie aeree (bronchite ed enfisema)**, nei soggetti fumatori, aumenta il rischio di cancro di 4-6 volte. Da queste considerazioni nasce **SISPO Study**, studio **multicentrico, Siena-SPOleto, per la prevenzione/diagnosi precoce del cancro polmonare**. È rivolto ai forti fumatori (20 sig./die) da almeno 20 anni, o ex fumatori da meno di 10 anni; 4000 soggetti di età 50-70 anni; affetti da BPCO, broncopneumopatia cronica ostruttiva. All'arrivo in ospedale (di Siena e di Spoleto), i soggetti vengono sottoposti a spirometria: quelli che presentano ostruzione bronchiale (BPCO), vengono arruolati, dopo aver spiegato gli obiettivi dello studio, e aver avuto il consenso informato. Quindi viene fatto un prelievo di sangue, urina, e un espettorato spontaneo o indotto, e si conclude con la radiografia del torace (si è scelta la radiografia invece della TAC per evidenti ragioni di costi, e perché le linee guida internazionali degli studi con TAC spirale hanno posto un cut-off a 5 mm. per considerare i noduli polmonari, cioè fino a questa dimensio-

ne il nodulo non viene considerato: la radiografia del torace “vede” un nodulo periferico di 5mm). Lo studio ha una durata di 10 anni; tutti gli anni si ripetono questi esami. I soggetti che presentano alterazioni alla citologia dell'espettorato (tradizionale, morfologica), o alla citometria (metodi-

ca più raffinata che “pesa” il Dna cellulare, con sensibilità e specificità del 80-90%), o alla radiografia del torace, vengono sottoposti a broncoscopia ad autofluorescenza (endoscopia che rileva le aree di displasia bronchiale), e quando queste vengono rilevate, se sono displasie lievi-moderate, si osservano senza intervenire, se displasie gravica in situ si esegue una “bruciaturina” con elettrocoagulatore ad argon, e si eliminano. È lo stesso razionale del Pap test nella citologia vaginale. End-point primari dello studio:

- 1) Prevenzione del carcinoma squamoso (centrale), intervenendo sulle lesioni bronchiali precancerose;
- 2) Diagnosi precoce dell'adenocarcinoma (periferico);
- 3) Diagnosi precoce della BPCO, con conseguente prevenzione dell'insufficienza respiratoria.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Senese. **Prenderà il via nei prossimi mesi** (Gennaio/Febbraio 2011). Sponsor dello studio è la **Human Health Foundation** onlus (www.HHF.com), fondazione no-profit con finalità di ricerca nel campo della salute umana, soprattutto ricerca oncologica, nata e sostenuta con i fondi della Banca Popolare di Spoleto. Uno studio di questa dimensione e con questi ambiziosi obiettivi, ha bisogno della fattiva collaborazione dei medici di medicina generale: a loro si richiede questa collaborazione, per far partire dalla Toscana un messaggio di speranza contro il “grande killer”, il tumore polmonare.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: collodoro.angelo@yahoo.it - angelo.collodoro@tin.it

TM

Sì alle erbe, ma attenti alle interazioni farmacologiche

Una signora di 66 anni si presenta all'ambulatorio di Fitoterapia della USL di Empoli per una consulenza. La donna è affetta da ipertensione arteriosa, ateromasi carotidea e aortica, asma bronchiale, disturbi del tono dell'umore e ha frequenti episodi di ipopotassiemia e fibrillazione atriale parossistica (FAP), in pregressa miocardite.

Poco prima della visita, la paziente era stata ricoverata in un reparto universitario di medicina generale per l'ennesimo episodio di FAP e ipopotassiemia (2.9 mEq/L), dove i sanitari avevano escluso un iperaldosteronismo. Dopo adeguata terapia medica, era stata dimessa con una dieta iposodica e ricca di potassio e una terapia farmacologica che comprendeva flecainide, warfarin, spironolattone, simvastatina, protettori gastrici e ansiolitici. Le era stato inoltre raccomandato, tornata a casa, di controllare potassio, INR, CPK e transaminasi.

La paziente si è recata presso la nostra struttura non tanto per la stanchezza cronica che l'affligge, quanto perché, dopo il ricovero, aveva consultato una collega libero professionista per ricevere, se possibile, una "terapia naturale". La collega aveva prescritto consigli dietetici e terapie, che però non l'avevano convinta. Fra i consigli, un'alimentazione ricca di verdura, frutta e cereali, a pranzo e a cena, che doveva svolgersi necessariamente entro le 18.00.

Consigliata anche l'astensione dagli zuccheri semplici e raccomandati brodi vegetali, creme di riso, succo di ribes e di pompelmo. A completare il tutto clisteri quotidiani e prodotti a base di erbe, tra cui una tisana di Malva, Ortica, Boldo, Celidonia ed Equiseto prima dei pasti, una di Cascara, Finocchio, Liquirizia, Senna, Genziana e Rabarbaro da assumere la sera, e uno sciroppo a base di frutta e verdura, poi sostituito da uno a base di Aloe.

Come la stessa paziente aveva intuito, il problema stava nell'associazione fra consigli dietetici complessi e poliprescrizione, che andavano a sommarsi alla terapia farmacologica in atto con possibili rischi correlati alle controindicazioni cliniche e alle interazioni tra erbe/farmaci:

- alimentazione ricca di verdure e derivati - riduzione attività del warfarin;

- succo di pompelmo - aumento tossicità delle statine;

- clisteri - alterazioni elettrolitiche;

- liquirizia - ipopotassiemia, ipertensione, ridotta efficacia dello spironolattone;

- senna, cascara, rabarbaro, aloe - aggrava-

mento ipopotassiemia;

- malva, boldo - potenziamento lassativi;
- celidonia - reports di epatotossicità.

Alla luce di questi dati, abbiamo sconsigliato alla paziente di seguire quella prescrizione, per fortuna non ancora avviata, e in accordo con la struttura della Rete Toscana di Medicina Integrata (RTMI) abbiamo deciso di intervenire parlando con la collega per descriverle i problemi del caso e renderla consapevole dei potenziali rischi cui avrebbe sottoposto la paziente. È stata la scelta migliore perché la collega, che non aveva competenze di fitoterapia, ha riconosciuto i suoi errori, impegnandosi in futuro a studiare le interazioni fra erbe e farmaci.

Le medicine complementari (agopuntura, omeopatia, fitoterapia e medicina manuale) sono una risorsa per la salute dei cittadini, come specificano il vigente Piano sanitario regionale e la normativa del settore, a condizione che siano esercitate in maniera integrata con la più diffusa medicina ufficiale. L'integrazione presuppone la conoscenza dei campi di applicazione delle diverse tecniche terapeutiche, della loro efficacia, degli effetti collaterali e delle interazioni possibili. L'intervento sopra descritto si inserisce tra le più ampie attività di prevenzione del rischio clinico che, a livello regionale, si sono concretizzate nella collaborazione tra la RTMI e il Centro per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente. Frutto della collaborazione anche il testo "Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico in medicina complementare" e il primo corso regionale sull'argomento per operatori del settore, svoltosi lo scorso autunno. Esperienze uniche nel panorama nazionale, come le politiche di integrazione delle medicine complementari nel Servizio sanitario regionale e i processi di accreditamento dei percorsi formativi dei medici esperti in queste discipline, regolamentati in Regione in accordo con gli Ordini professionali.

TM

SONIA BACCETTI*, FABIO FIRENZUOLI**

* Responsabile Rete toscana di medicina integrata

** Centro di riferimento per la Fitoterapia, Regione Toscana

Valutazione dei sistemi sanitari: la Carta Tiberina

In occasione della Riunione di Primavera dell'AIE sul tema "Metodologie per la Valutazione dei Sistemi Sanitari", organizzata congiuntamente con Age.n.a.s. il 20/21 maggio 2010 a Roma presso l'Isola Tiberina, è stata redatta la seguente carta che lungi dal voler essere un documento "definitivo e dogmatico", si propone di fornire indirizzi condivisi, peraltro da articolare ed approfondire, per le future realizzazioni ed i futuri dibattiti.



1) Un Modello di Valutazione dei Sistemi Sanitari (MVSS) che voglia risultare efficace deve cercare di ottenere il massimo possibile di condivisione tra tutti i soggetti coinvolti definendo a priori ed in modo chiaro gli scopi, i metodi e gli usi che se ne faranno.

2) Un MVSS deve essere progettato come risposta alle domande che il decisore si è posto o avrebbe dovuto porsi; se il decisore ha difficoltà nell'individuare o nell'esprimere le sue domande, sono i tecnici che glielne devono suggerire impegnandosi ad ottenere la sua consapevolezza; se il decisore non arriva ad aver interesse per ciò che viene valutato non scaturirà alcuna decisione dalla valutazione stessa.

3) Un MVSS non deve essere né complicato né eccessivamente analitico; deve invece tendere il più possibile a delle sintesi che siano comunicabili in modo semplice e possibilmente intuitivo senza peraltro indulgere con la banalità o con le distorsioni.

4) Il rigore metodologico deve essere una componente irrinunciabile alla base di un MVSS; nella consegna dei risultati è possibile accettare talvolta un livello di approssimazione, ma solo se si è certi che così facendo si conservi integra l'informazione che si intende comunicare.

5) La valutazione della componente stocastica, cioè della quota di variabilità dovuta al caso, non può essere ignorata perché delle false differenze non appaiano come reali; per questo motivo deve sempre essere esplicitato il livello di incertezza.

6) In un MVSS non ci si può fermare a considerare solo i valori medi complessivamente osservati

nelle varie aree, soprattutto quando queste siano tra di loro di ampiezza anche molto diversa; i vari livelli di variabilità interna costituiscono un elemento ineludibile della valutazione stessa.

7) Un Sistema Sanitario deve essere valutato sia in senso temporalmente trasversale sia longitudinale; la sua evoluzione è talvolta più rilevante dello stato momentaneo che in ogni caso deve essere il più recente possibile.

8) Le differenze osservate tra aree o tra erogatori devono essere quelle attribuibili, almeno in larga parte, ai fattori determinanti associabili al governo dei sistemi sanitari e non ad altri fattori confondenti che devono quindi essere corretti con appropriati metodi di *risk adjustment*.

9) Le sintesi in un unico valore delle differenti dimensioni misurate può risultare molto delicata ed anche molto fuorviante, vanificando così, attraverso la produzione di immagini distorte, l'efficacia stessa del MVSS; la rilevanza relativa di ciascuna dimensione può essere determinata solo dai decisori e non può quindi essere stabilita artificiosamente dal valutatore senza una appropriata procedura di consenso.

10) Un MVSS, come tutte le metodologie orientate al bene comune, non può avere delle restrizioni proprietarie ma deve essere utilizzabile, ripetibile, controllabile, migliorabile, da parte di tutti i soggetti della comunità sociale cui si riferisce la valutazione stessa.

TM

L'AIE (Associazione Italiana di Epidemiologia) e l'AGE.NA.S. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) hanno recentemente proposto il documento che pubblichiamo per intero. Ormai è chiaro a tutti che la valutazione dei servizi sanitari e dei singoli professionisti è elemento ineludibile non solo per la gestione della sanità, pubblica o privata che sia, ma nei rapporti con i cittadini che si fanno sempre più consapevoli e esigenti nei confronti delle prestazioni offerte. Ecco perché è necessario che i medici riflettano sul significato e sul valore di queste procedure, sulle quali ancora non sussiste accordo completo, né sulla sistematica della valutazione, né sugli indicatori, né sulla raccolta dei dati. Che cosa è misurabile in medicina? Cosa si valuta, il comportamento dei professionisti, l'organizzazione del servizio, la politica del decisore? Forse meglio sarebbe, nei confronti dei professionisti, affrontare con forza il tema delle risorse umane e del loro coinvolgimento nelle procedure decisionali. Tuttavia è indubbio che il complesso delle prescrizioni di questo documento è fondamentale per collocare il processo valutativo nel suo giusto contesto e renderlo realmente utilizzabile per gestire il servizio sanitario nell'interesse dei cittadini. Questa riflessione della professione e del decisore pubblico, da un lato è essenziale per non scatenare reazioni difensive di fronte a un'esigenza peraltro ineludibile; dall'altro è fondamentale che i medici imparino a "rendersi conto" di quello che fanno perché non possono deontologicamente esimersi dal "rendere conto".

Antonio Panti

La salute in carcere: vecchi problemi e nuove emergenze

La malattia sta di casa in carcere. Questo sembra essere sinteticamente il commento di fondo all'indagine effettuata dall'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità (ARS), nell'ambito dell'attività dell'Osservatorio regionale della salute in carcere. Unica nel panorama epidemiologico italiano, questa indagine, per la prima volta, mette a fuoco lo stato di salute dei detenuti svelandone vecchi problemi, ma anche ponendo in evidenza nuove emergenze. Per tutti i detenuti presenti il 15 giugno 2009 nei 19 istituti penitenziari toscani, il personale sanitario delle strutture carcerarie ha raccolto su supporto informatico dati socio-demografici, terapie farmacologiche, stili di vita pregressi alla condizione detentiva (alcol, fumo e droga), atti di autolesionismo e tentato suicidio, malattie internistiche e/o psichiatriche (fino ad un massimo di quattro), identificate secondo la Classificazione internazionale delle malattie (ICD IX-CM).

Una breve sintesi dei risultati: sono stati visitati 2.985 detenuti sugli oltre 4300 presenti (72%) il 15 giugno 2010 prevalentemente maschi (95,5%), più giovani della popolazione toscana libera (età media carcerati: 38 anni; età media regione toscana: 45 anni), di cui solo il 52,8% è di cittadinanza italiana. Gli stranieri provengono soprattutto dai paesi dell'Africa del Nord (20,7%) e da quelli dell'Europa dell'Est (18,2%). Ben il 72% risulta affetto da patologia internistica o psichiatrica. Coerentemente con i pochi dati di letteratura internazionale, le malattie più frequenti negli istituti penitenziari toscani sono di natura psichica (33,2%), seguite da quelle dell'apparato digerente (25,4%), per lo più sostenute da problemi dentali, e dalle malattie infettive (15,9%). La patologia psichica più frequente tra i detenuti è il disturbo mentale da dipendenza da sostanze (12,7%), seguita dal disturbo nevrotico e di adattamento (10,9%) e dal disturbo mentale alcol-correlato (5,7%). Elevato anche il numero di persone affette da patologie dell'ambito psicotico, come il disturbo affettivo psicotico (4%) e il disturbo da spettro schizofrenico (2,5%). Fra le droghe consumate, la cocaina occupa il primo posto seguita dall'eroina e dalla cannabis. I detenuti tossicodipendenti soffrono di peggiori condizioni di salute rispetto a quelli non tossicodipendenti, con tassi maggiori di patologie del cavo orale (19% vs 13,4%) e ma-

lattie infettive, come l'infezione da virus C (23% vs 7,1%) e HIV (4% vs 1,1%). Infine, più della metà dei detenuti tossicodipendenti sono portatori di ulteriori disturbi psichici, aggravando ulteriormente il loro quadro clinico.

Alla tossicodipendenza e ai disturbi ad essa

correlati, in ordine di frequenza, seguono le patologie nevrotiche che sono facilmente evidenziabili nei contesti penitenziari. Fra coloro che ne sono affetti, elevata risulta anche l'associazione con l'utilizzo di sostanze, alcol o entrambe. Ancora una volta sono gli stranieri a soffrirne di più e questo può essere ricondotto alle maggiori difficoltà vissute da quest'ultimi i quali, oltre ad affrontare i cambiamenti legati alla condizione detentiva, possono incontrare problemi nella comprensione della lingua o altre abitudini non appartenenti alla propria cultura. Molti sono anche i disturbi della personalità e del comportamento diagnosticati al 16,4% dei detenuti italiani con disturbi psichici, al 15,4% dei nord africani e all'8,8% degli est europei. Come per i disturbi nevrotici anche in questo caso è alta l'associazione con l'utilizzo di droghe, di alcol e di entrambi. Il malessere psicologico mostra la sua più alta espressione negli atti suicidari o autolesionistici, eventi, questi, caratteristici delle strutture penitenziarie di tutto il mondo. Fra i detenuti toscani, il 4,3% ha alle spalle un tentato suicidio, mentre il 10% una storia di autolesionismo. Numeri decisamente preoccupanti rispetto ai cittadini toscani liberi. Gli italiani sono i detenuti più affetti da patologie infettive e parassitarie: il 22,8% delle diagnosi (rispetto all'8,7% dei nordafricani ed al 7,3% degli estereuropei). Il primo posto fra le malattie infettive è occupato dall'epatite da virus C con il 9,1% dei positivi. Allarmanti anche i dati relativi all'infezione da HIV (l'1,4% è risultato positivo contro lo 0,1% riscontrato nella popolazione toscana libera) e a quella tubercolare, che vede coinvolto lo 0,4% dei detenuti rispetto allo 0,006% della popolazione generale.

Per la prima volta in Toscana conosciamo quindi l'intero panorama delle malattie presenti all'interno del contesto carcerario. Prossimo obiettivo dell'Osservatorio Salute in Carcere (coordinato da Ars) sarà comprendere quale risposta venga data ai bisogni di salute dei detenuti delle carceri toscane e quanto la condizione detentiva sia essa stessa patogena o aggravante gli stati di malattia.

TM

FABIO VOLLER
*Coordinatore Osservatorio per la Salute in Carcere
 Dirigente Settore Epidemiologia dei Servizi Sociali Integrati
 Agenzia Regionale di Sanità*

La Asl 11 di Empoli si sfida sulla qualità

Introduzione

In linea con i sistemi sanitari internazionali, la ASL di Empoli ha aperto un confronto interno sul tema della qualità, con l'obiettivo di individuare un modello culturale ed organizzativo in continua tensione verso la sicurezza della persona, la sua centralità nei percorsi di cura, il riconoscimento di un ruolo attivo e responsabile nei processi sanitari.

La ASL di Empoli garantisce servizi per i suoi 226000 abitanti attraverso i presidi ospedalieri, territoriali e una ricca presenza di forme associative della medicina generale.

In un contesto così variegato la continuità delle cure si realizza soltanto attraverso percorsi definiti e condivisi fra i vari livelli di cura, nei quali i professionisti possono lavorare verso un miglioramento continuo e i cittadini percepire i risultati in termini di qualità e sicurezza.

In questa nuova ottica, più coinvolgente e proattiva, nasce il progetto "FIDATI DI NOI", come un framework che mette in gioco tutti gli attori del processo di cura, sia a livello ospedaliero che territoriale.

Partiamo dalla FIDUCIA

Il primo impegno è stato quello di individuare aree definite nelle quali sperimentare la ricerca della qualità, ed è stata la O.M.S. ad indicarle con chiarezza: dai database raccolti su base mondiale risulta che sono pochi i settori nei quali si concentra la maggior parte degli eventi critici per i servizi sanitari. Se ne deduce che interventi finalizzati al miglioramento delle cure in questi settori hanno la possibilità di incidere pesantemente sulla salute delle persone.

Li abbiamo messi a fuoco e identificati con un acronimo che esprima il vero risultato che ci ponevamo: migliorare i nostri servizi al fine di conquistare la **FIDUCIA** dei cittadini ai quali sono rivolti:

F RAGILITÀ
I NTERVENTI INVASIVI
D OLORE
A LLERGIE E FARMACI
T RASFUSIONI E EMOderivati
I NFEZIONI DA PRATICHE ASSISTENZIALI

EUGENIO PORFIDO¹, ENRICO ROCCATO²,
 MOIRA BORGIOLO³, SIMONA DEI⁴,
 LIDIA DI STEFANO⁵

¹ Direttore Generale

² Direttore Sanitario

³ Referente Qualità Dipartimento Professioni Sanitarie

⁴ Direttore Dipartimento Territorio

⁵ Uo Innovazione e Qualità Ospedaliera

Azienda Sanitaria Locale 11, Empoli

Queste sono divenute le aree di interesse sulle quali mettere a fuoco le attività, ricercare la documentazione correlata, controllare la presenza o meno di criteri per la valutazione della sicurezza, confrontarsi con standard presenti nei sistemi più noti ed accreditati a livello mondiale in termine di qualità.

Lavoro impegnativo che ha comportato una rivisitazione degli strumenti e metodi ed una messa a fuoco dei prin-

cipi basilari da definire e condividere, sui quali costruire un disegno organico ed efficace: principi che sono divenuti la prima caratteristica dei nostri servizi e quindi **DI NOI**:

D OCUMENTAZIONE

I NFORMAZIONE ED EDUCAZIONE DELL'UTENZA

N UOVE COMPETENZE PROFESSIONALI

O BIETTIVO SICUREZZA DELLE INFRASTRUTTURE

I NDICATORI DI QUALITÀ

Mettere a punto una documentazione capace di sintetizzare le attività quotidiane dei servizi, condividere regole e modalità per informare con chiarezza e semplicità i nostri utenti, formare nel tempo professionisti competenti e volti al cambiamento, mettere in sicurezza le nostre strutture dai principali rischi e, non certo ultimo nei contenuti, darsi strumenti di monitoraggio e di valutazione continua sul gap fra gli obiettivi raggiunti e gli standard prescelti.

I professionisti

Un progetto può mantenere il suo valore se crescendo coinvolge tutto il tessuto professionale aziendale, dai vertici della direzione, alle linee produttive, investendo a vario livello nuove figure nate per divenire i garanti della struttura della qualità: i Referenti della qualità (RAQ)

Il RAQ è in primo luogo una persona pronta al cambiamento, capace di coinvolgere i colleghi, attenta alla centralità della persona ed all'ascolto. Pur quotidianamente impegnati nel proprio settore e dispersi nelle pieghe dell'organizzazione aziendale sono pronti a divenire corpo unico nelle strutture che lavorano sui temi del miglioramento dei servizi, quali:

- il COMITATO AZIENDALE DELLA QUALITÀ, nesso fra il livello strategico aziendale e i processi;
- il GRUPPO DI MIGLIORAMENTO AZIENDALE, sede di diffusione della cultura e dei principi della qualità, che vengono tradotti in attività attraverso i GRUPPI OPERATIVI, nel lavoro quotidiano.

Lo stato dei lavori

Ad oggi nella ASL di Empoli, attraverso il lavoro in gruppi dei Referenti della qualità (RAQ), è in corso una profonda e ampia rivalutazione dei processi assistenziali per capire quanto siano realmente volti alla centralità della persona ed al suo coinvolgimento attivo e responsabile.

I risultati di questa fase, vissuta all'interno di un cammino formativo che inizierà nei prossimi mesi, diverranno materia prima per mettere in

atto una rivisitazione dei percorsi, al fine di semplificare, velocizzare e quindi migliorare le attività volte ai cittadini.

La sfida

Un modello così innovativo comporta senza dubbio l'insorgenza di resistenze al cambiamento, contro le quali i RAQ si confrontano con coraggio ed onestà intellettuale, incoraggiando i più motivati ma nello stesso tempo sostenendo i diffidenti, verso l'impegno comune di non perdere mai di vista le persone per le quali ogni giorno i servizi vengono aperti e i professionisti si mettono al lavoro.

Proprio quelle persone che con la loro presenza rendono ognuno di noi parte viva del sistema sanitario e che trasformano ogni nostro traguardo in un nuovo obiettivo da perseguire con tenacia.

TM

L'utilità dell'arteterapia in pediatria

Il valore terapeutico dell'arte consiste nel favorire un processo creativo in età evolutiva

L'abilità nel disegnare e nello scrivere viene subito dopo il linguaggio orale. Mentre il linguaggio è essenzialmente una caratteristica sociale, il disegno lo è meno. L'atto di disegnare o di scrivere è associato nel momento dell'esecuzione.

Nel suo aspetto motorio e gestuale, il bambino trova nel disegno un elemento di rieducazione di primaria importanza. Si tiene conto soprattutto dell'aspetto espressivo, poiché è fondamentale il bisogno che ha ogni individuo di esprimersi.

Il bambino ama disegnare e, di solito, "partecipa" alle sue rappresentazioni grafiche; esse sono "una sua cosa" e ne fa volentieri dono all'adulto che ama, creando così una "comunicazione" tangibile e un legame che è una forma di simpatia, di amore.

L'arte è "espressione di emozioni" e creare è il sistema più autentico per rivendicare la nostra unicità nella società. La personalità stessa è una creazione continua, un processo vitale in continua trasformazione.

FABIO FRANCHINI*, STEFANIA PISANO**

Gruppo di Studio di Adolescentologia
* Pediatra, Università degli Studi di Firenze
** Arteterapeuta

Il bambino di solito è un artista entusiasta.

Con una matita e un pastello resterà occupato per un tempo relativamente lungo.

Il bambino attraverso l'attività grafica trova un mezzo di comunicazione, capace di aiutarlo a liberare le tensioni ansiogene tramite il processo catartico.

Dalle soluzioni grafiche, dall'uso del colore, del tratto e dello spazio emerge il modo in cui un bambino conosce e sente la realtà.

I bambini disegnano ciò che è importante per loro, gli aspetti della realtà che più li interessano; disegnano ciò che ricordano e disegnano il loro mondo interiore, colorando i loro sentimenti.

Per il bambino una educazione estetica e contemplativa e attiva è un arricchimento considerevole sul piano culturale e della conoscenza.

Fra le esperienze emotive sentimentali, quella estetica nasce e si sviluppa in stretta relazione con il mondo: **a partire dal “primo mondo” che è la madre.**

All'inizio, il neonato percepisce se stesso come un'unità “individuo-ambiente”.

Il bambino è sbalordito dalla bellezza dell'oggetto, la madre, e osserva il suo comportamento: l'apparizione e sparizione dei seni e le emozioni che passano “come nuvole passeggiare sul suo viso”. La madre dunque funge da primo contenitore per i contenuti emotivi del bambino.

Quel tipo di esperienza transizionale-estetica è indispensabile per un vissuto ottimale nella vita adulta, è un ricordo che accompagnerà il bambino in tutte le sue fasi di crescita personale.

Un processo evolutivo ottimale prende l'avvio dalla madre, che si rapporta al suo bambino e ne coglie i bisogni.

L'atto del dipingere e soprattutto del modellare comporta in sé una riparazione di frustrazioni arcaiche e permette di esprimere “carenze” risentite nei primi anni di vita.

I materiali artistici sono una parte fondamentale per i processi di sviluppo della creatività per potenziarla.

Essi sono veicolo di emozioni

Tra il corpo e i materiali artistici con cui il bambino crea c'è una continuità evidente: come muove e manipola gli oggetti che lo circondano. Il rapporto con il proprio corpo si manifesta nella scelta del materiale artistico e nell'uso che di esso si fa, così come nelle espressioni facciali e nella mimica corporea che il bambino assume quando crea.

Come il corpo, il materiale serve a mettere in relazione quello che sta dentro di sé con quello che sta fuori di sé.

L'immagine apre le porte alla *comunicazione*. Il bambino ci comunica il suo vissuto attraverso il prodotto artistico. L'arteterapeuta, che coniuga il linguaggio artistico con il linguaggio psicologico, è capace non solo di guardare il prodotto estetico ma entra in relazione con esso, e soprattutto osserva il bambino, con disagio comportamentale, mentre lavora con i materiali e organizza il suo vissuto affettivo. Di norma non interpreta direttamente il

significato inconscio, ma sfrutta le sue cognizioni per aiutare il bambino a produrre lavori che contengano ed esprimano materiale emotivamente carico.

Il bisogno di espressione creativa, o espressione di emozioni, spesso attende solo un contesto propizio per emergere. Al termine “espressione” si affianca quello di “sperimentazione”, perché il bambino oltre ad esprimersi, sperimenta nuove possibilità di relazioni.

CASI CLINICI

- Roberto P. (11 anni), si rifiuta ostinatamente di andare a scuola, grida, piange, scappa. Si presenta soprattutto come un grande inibito ma non farà nessuna difficoltà per andare a scuola e superare presto la sua dislessia. Il suo disegno della famiglia fa vedere bene i suoi cinque fratelli e sorelle, ma non i genitori. È stato segnalato che ha visto un rapporto sessuale tra i genitori nella camera dove dorme. Di fatto, questo iper-emotivo sembra proprio aver rifiutato la scuola solo per opporsi ai genitori – forse per lo choc in questione. Nel disegno della famiglia, rappresenta i genitori solo dopo aver rappresentato i 5 fratelli o sorelle: la madre piccola, il padre che aleggia come un fantasma nero sopra gli altri personaggi, riflettendo l'anomalia del quadro educativo (H. Aubin).

- Paolo Le B. (10 anni), è un iper-sensibile che si blocca continuamente e tiene il broncio per dei nonnulla. In altri momenti, è traboccante di affetto e di buon umore; si è colpiti dall'alternanza dei disegni ora pieni di vita e di temperamento, ora sinistri o desolanti: in questa ultima categoria si notano personaggi fil di ferro minuscoli, alberi con una enorme incisione sul tronco (si sospetta un grosso trauma affettivo) un cranio nero di scimpanzé. Si ritiene che si tratti di uno stato ciclotimico in cui l'opposizione scolare è solo sintomatica (H. Aubin).

CONCLUSIONI

Il disegno non è utilizzato solo a scopo diagnostico, ma serve anche come stratagemma per “rompere il ghiaccio” durante la visita.

L'aiuto che l'arteterapeuta può dare al pediatra è quello di un approccio centrato sul bambino, attraverso la produzione di disegni che facilitano la relazione con il medico.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: stefaniapisano2@virgilio.it

TM

Il servizio di Psiconcologia nell'Ausl 11 di Empoli

E

ormai dal 1958 che l'OMS dà della salute una definizione in termini bio-psico-sociali, riconoscendo anche il versante psichico del dolore.

Oltre a ciò è stato stimato che circa il 60% delle richieste per visite mediche riguarda problemi con una componente di emotività somatizzata e dunque che l'intervento psicologico può ridurre significativamente anche la sovrautilizzazione dei servizi medici e farmacologici.

L'UOC di Psicologia dell'Ausl 11 si è data, nell'ultimo decennio, l'obiettivo di introdurre e progressivamente consolidare la cultura dell'intervento psicologico in ospedale in modo da prevedere anche l'ascolto della componente psichica e relazionale del dolore. È dunque la persona ad essere presa in carico piuttosto che la malattia, in una modalità di assistenza che integra gli aspetti soggettivi ed emozionali con gli aspetti chirurgici e medici della cura, mirando al miglioramento della *compliance* e della qualità di vita. Lo psicologo in ospedale rende possibile questo processo attraverso tre canali fondamentali: favorendo la spinta motivazionale del paziente diretta ad accettare, nonostante la gravità della malattia fisica, la cura nell'ambiente ospedaliero e a prostrarla, nei casi necessari, a domicilio; motivando i *caregivers* a sostenere un familiare ad alto rischio; fornendo agli operatori sanitari competenze relazionali e sostegno emotivo.

Uno dei primi ambiti ospedalieri a cui l'UOC di Psicologia si è rivolta è stata l'Oncologia, settore più di altri caratterizzato da tematiche estreme di sofferenza, inguaribilità e talvolta anche da incurabilità, angoscia di morte e sentimenti luttuosi. Presso l'UOC di Oncologia è stato infatti attivato dal 2002 il Servizio di Psiconcologia, con un ambulatorio per il sostegno psicologico rivolto sia ai pazienti oncologici che ai loro familiari. Dai circa 50 colloqui del 2002, siamo passati ai 300 nel 2005, arrivando nel 2009 a oltre 800 prestazioni. È stato possibile rispondere all'aumento esponenziale delle richieste affiancando alla psicologa strutturata due psicologhe a contratto.

GUIDA CORSI CONTICELLI°, ELISA GIUNTI°,
SERENA GROSSO°, FRANCESCA SPATARO°,
LAURA CINZIA CASTRO°, PATRIZIA DEL VIVO°,
GIAMMARIA FIORENTINI*

° UOC Psicologia

* UOC Oncologia Ausl 11 Empoli, Firenze

All'ambulatorio per il sostegno psicologico pazienti e familiari possono accedere in modo libero e gratuito, semplicemente facendone richiesta al

personale medico o infermieristico dell'Oncologia, per prenotare un primo appuntamento; i successivi incontri sono poi concordati direttamente con le psicologhe. In un ambito come quel-

lo oncologico, il paziente in ansia per la diagnosi ha bisogno infatti di incontrare subito un'adeguata accoglienza, oltre che fonti competenti di informazione; solo così potrà riuscire ad *affidarsi* all'équipe sanitaria e a comprendere ciò che sta accadendo. I pazienti e/o i loro *caregivers* possono fruire del sostegno psicologico dalla prima comunicazione di diagnosi oncologica e poi durante le diverse fasi di questa non facile esperienza (interventi chirurgici, terapie antitumorali, controlli, recidive, etc.).

Ai **pazienti** interessati al sostegno psicologico, si propongono singoli cicli di colloqui clinici individuali, oppure un sostegno psicoterapeutico a cadenza regolare (> 6 mesi) e, se richiesto, una presa in carico per tutta la durata della vicenda sanitaria. L'intervento psicologico è teso infatti a favorire la capacità di *coping* e di riadattamento del paziente alla nuova situazione, che spesso comporta la necessità di una profonda ristrutturazione della vita personale e di relazione. Ove si realizzi curabilità e lungosopravvivenza, l'intervento psicoterapico può incoraggiare addirittura la **resilienza** (processo di rielaborazione di eventi anche traumatici, che può trasformarsi in una crescita e in uno sviluppo creativo della personalità).

Nello specifico, le modalità d'intervento dello psicologo all'interno dell'UOC di Oncologia della Ausl 11, si articolano su: pazienti, familiari ed operatori. Come accennato, Per i **familiari** è prevista la possibilità di *counseling* e sostegno psicologico finalizzato al supporto nell'impegnativo compito di *caregiver* quale figura che accompagna il congiunto durante tutta la malattia e l'iter clinico.

Infine il lavoro dello psicologo con gli **operatori** dell'oncologia (medici e infermieri) è finalizzato a sostenere la relazione con i pazienti e i familia-

ri, all'ottimizzazione della comunicazione interna allo staff (tramite regolari incontri multiprofessionali) così da prevenire il rischio di burn-out, sempre alto in un contesto lavorativo caratterizzato dal quotidiano contatto con l'inguaribilità, il dolore fisico e psichico e l'angoscia di morte.

Nell'AUSL 11 il lavoro psicologico con il paziente oncologico e la sua famiglia non si esaurisce in ospedale; è previsto infatti il raccordo con il territorio, dove esiste un progetto denominato ARCO (assistenza relazionale e continua in oncologia) per il sostegno al paziente e alla sua famiglia durante le cure palliative, la fase terminale e poi nel periodo di elaborazione del lutto. Si realizza dunque la piena continuità della presa in carico psicologica. In ARCO il sostegno può essere rivolto sia ai congiunti adulti che agli eventuali figli minori

della persona deceduta a seguito di una malattia oncologica incurabile; ai figli minori viene data un'attenzione particolare, con possibilità di invio al Servizio di Psicologia Area Minori, per una presa in carico di più lungo periodo.

Dalla fine del 2009 le UU.OO.CC. di Psicologia e Oncologia della Ausl 11 partecipano, in collaborazione con l'Istituto Toscano Tumori, alla sperimentazione di un Centro regionale di *counseling* telefonico per l'invio del paziente oncologico ai servizi di Psiconcologia delle varie Aziende Sanitarie della Regione.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: gui.corsi@usl11.tos.it

TM

La misurazione del Benessere Mentale al livello della popolazione

Coloro che si occupano di promuovere la salute mentale hanno riconosciuto da molti anni la necessità di focalizzare i loro sforzi sul miglioramento della salute mentale così come sulla prevenzione dei disturbi mentali. Gli sforzi per promuovere il benessere mentale sono stati ostacolati dalla mancanza di strumenti validi per la misurazione del benessere mentale nella popolazione in generale. Per monitorare il benessere mentale della popolazione e la valutazione degli interventi che lo promuovono, sono stati utilizzati finora strumenti studiati principalmente per individuare i disturbi mentali.

In Italia il sistema di sorveglianza PASSI è un esempio di tale approccio.

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)

Passi è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello delle ASL e tramite la somministrazione telefonica di un questionario standardizzato

e validato a livello nazionale ed internazionale.

Obiettivo della sorveglianza Passi è quello di costruire proprio un data-base specifico per il livello aziendale, in continua crescita e aggiornamento, per monitorare l'andamento dei fattori di rischio comportamentali

e degli interventi di prevenzione ad essi orientati. Questo stesso data-base permette di confrontare le diverse realtà aziendali fra loro, seguendone l'evoluzione nel tempo.

Passi e la Salute mentale

Tra gli obiettivi specifici di PASSI è stata inclusa la sorveglianza dei sintomi della depressione. Nello strumento utilizzato per la sorveglianza è incluso un modulo per stimare 1) la prevalenza di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nelle loro attività quotidiane e 2) la prevalenza di persone con sintomi di depressione che hanno fatto ricorso a qualcuno per ricevere un sostegno.

Le domande che vengono somministrate sono state desunte dal Patient-Health Questionnaire-2

GALILEO GUIDI, DANIEL DE WETT

Commissione regionale governo clinico in salute mentale

(PHQ-2), che consta di due quesiti di un grado elevato, scientificamente provato, di sensibilità e specificità per la tematica della depressione a fronte di una comparazione con i criteri internazionali.

I limiti dell'utilizzo di PASSI nella salute mentale

Passi si limita a sorvegliare dei sintomi della depressione e come tale non dà alcuna informazione sullo stato di salute mentale della popolazione in generale.

Passi utilizza uno strumento clinico per la sorveglianza che pone due problemi:

Gli strumenti clinici tendono ad avere un effetto "tetto" nella popolazione generale che significa che persone con uno stato di salute mentale moderato o buono possono ottenere il punteggio massimo. Come tale lo strumento non può misurare miglioramenti nello stato di salute mentale nella fascia della popolazione che non risulta patologica.

Parlando della salute mentale i partecipanti che sono coinvolti possono erroneamente avere l'impressione che le domande siano rivolte a persone con problemi di salute mentale e tendono a minimizzare la sintomatologia.

Benessere Mentale

Per risolvere tali problemi il sistema sanitario scozzese (NHS) ha commissionato lo sviluppo della scala di Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) come parte del suo programma di indicatori in salute mentale.

WEMWBS è costituita da 14 item di benessere

mentale che comprendono la valutazione del benessere soggettivo e del funzionamento psicologico in cui tutti gli item sono formulati positivamente e si indirizzano ad aspetti di benessere mentale. Gli item sono posizionati su una scala di Likert a cinque punti. (Esiste ora anche una versione di 7 item del WEMWBS con caratteristiche psicometriche simile all'originale)

Il benessere mentale è largamente accettato secondo due prospettive: (1) l'esperienza di felicità soggettiva (affetto) e la soddisfazione della vita (prospettiva edonista); e (2) il funzionamento psicologico positivo, le buone relazioni con gli altri e l'autorealizzazione (la prospettiva eudemonica). Quest'ultima include la capacità dello sviluppo del sé, delle relazioni positive con gli altri, l'autonomia, l'accettazione di se stessi.

La letteratura si è divisa su questo punto, se il disagio mentale rappresenti due estremi di una stessa dimensione (modello unico continuo) o due dimensioni separate (modello duale continuo). Quest'ultimo permette alle persone che soffrono di disagi mentali di avere benessere mentale. Esso trova conferma nel dato per cui gli strumenti che includono sia il benessere mentale che il disturbo mentale suggeriscono spesso due fattori correlati ma sostanzialmente indipendenti.

La scala WEMWBS mira a misurare il benessere mentale stesso e non ciò che lo determina, come la resilienza, capacità interpersonali, ecc. così come i fattori socio-economici quali, ad esempio, la povertà, la violenza domestica, la disoccupazione, il razzismo, lo stigma.

TM

Figura 1 - Il Questionario Passi - La Sezione della Salute Mentale

SEZIONE 12: Salute mentale

Vorrei ritornare su un argomento già trattato e farle qualche domanda su come lei si sente dal punto di vista psicologico e su come affronta la vita di ogni giorno.

12.1 – Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose?

Numero di giorni (0-14) ____?

☐ Non so / non ricordo

12.2 – Nelle ultime 2 settimane, per quanti giorni si è sentito/a giù di morale, depresso/a o senza speranze?

Numero di giorni (0-14) ____?

☐ Non so / non ricordo

Per quelli che rispondono 10 giorni o più, a una delle domande o a entrambe, proseguire con la domanda 12.3, altrimenti saltare alla Sezione 13

12.3 – A causa di questi problemi, anche in passato, si è rivolto ad una o più delle seguenti persone? (Sono possibili più risposte)

Leggere le risposte

☐ Personale sanitario (medico di famiglia, psicologo, infermiere ...)

☐ Persone di fiducia (familiari, amici)

☐ No, a nessuno

Non leggere

☐ Non so / non ricordo

Riflessioni sull'uso degli indicatori

Alcune proposte dopo un evento formativo

A seguito delle riflessioni fatte su questa rivista nel numero pubblicato nel febbraio 2010 con l'articolo **"A proposito di indicatori e del loro buon uso come catalizzatori di gruppo"** ed a seguito dei commenti positivi che abbiamo ricevuto dai colleghi in ambito regionale, ci è venuto naturale continuare a proporre ulteriori approfondimenti sul tema.

L'occasione ci è data dall'Evento Formativo **"Psicopatologia e presa in carico nella Società Multiculturale"**, tenutosi a Montalcino (SI) il 26-27 Marzo 2010 e che ha visto fra i relatori il dott. Galileo Guidi, Coordinatore della Commissione Regione Toscana per il governo clinico della Salute Mentale. Il Dott. Guidi ha presentato una relazione con i dati relativi ai flussi della Toscana inerenti il sottosistema "Salute Mentale" con particolare riferimento ai migranti elaborati da un gruppo informale composto da alcuni operatori dei Servizi insieme a rappresentanti della Regione. All'evento formativo hanno partecipato colleghi dei vari Servizi di Salute Mentale della Toscana portando ognuno il proprio contributo relativamente alle modalità con cui i Servizi si stanno attrezzando alle modalità innovative di presa in carico dell'utenza migrante. Nel corso dell'incontro si è sviluppato un dibattito costruttivo su come i Servizi debbano aprirsi in maniera significativa verso la sperimentazione di nuovi dispositivi clinici e socio assistenziali in grado di adattarsi alla cultura, alla lingua ed alla psicopatologia dei migranti. Inoltre, a nostro parere, è da sottolineare positivamente ciò che è avvenuto a Montalcino perché va nella direzione del formarsi, in maniera ancora embrionale, di quello spirito di collaborazione attiva che vede coinvolti i Servizi e la Regione. Una delle difficoltà che si è fino ad oggi presentata è quella che non sempre i dati inviati in Regione rispecchiavano la realtà delle Aziende Sanitarie.

Le ragioni di ciò si possono addebitare alle difficoltà di comunicazione e soprattutto alla mancanza di feedback fra chi dovrebbe inviare e chi dovrebbe ricevere ed elaborare i flussi del sistema informativo.

Il nostro gruppo di lavoro a tal proposito ha maturato queste convinzioni:

- a nostro parere è importante che si strutturi un gruppo che "pensi" in che direzione devono andare i servizi e quali sono gli obiettivi da valutare attraverso gli indicatori. È importante che tale "modalità di pensiero" ci sia a più livelli (dai Servizi, alle costituenti Società della Salute toscane, alle Regioni).

Così come è fondamentale monitorizzare l'andamento dei dati per introdurre delle utili variazioni agli indicatori ormai non in linea con i cambiamenti della società e delle comunità in cui si lavora;

- la mancanza di tale struttura inevitabilmente porterà a livello regionale a rifarsi a modelli di organizzazione di servizi desueti e non consoni al fare degli operatori ed a livello locale all'utilizzo improprio di strumenti che erano stati pensati per altro (es. la valutazione degli operatori attraverso i dati quantitativi inviati in Regione porterà inevitabilmente l'operatore stesso a "barare" per ottenere un vantaggio secondario a scapito dell'interesse epidemiologico);

- l'aziendalizzazione delle ASL sicuramente ha portato ad uno sbilanciamento verso indicatori quantitativi (più facilmente ricavabili) piuttosto che qualitativi.

Sarebbe opportuno riequilibrare l'asse visto che molti nostri interventi sono indirizzati alle comunità (interventi di prevenzione). Se gli indicatori continueranno a privilegiare i dati quantitativi, gli operatori si adegueranno a scapito degli interventi nella e per la comunità. Allora ci chiediamo: in un'azienda, oltre ai risparmi ed ai guadagni a breve termine, non si dovrebbero valutare gli esiti catamnestici e quindi la "produzione" della salute della comunità a lungo termine? E incentivare la prevenzione non è una buona pratica? Gli indicatori utilizzati attualmente analizzano poco gli esiti e quindi incentivano poco tale lavoro;

- il nostro "fare" quotidiano presuppone che ci sia un pensiero retrostante, delle ipotesi da verificare o falsificare. Non sempre, con i sistemi attuali, riusciamo a fotografare le realtà nelle quali lavoriamo. La tendenza sempre più spiccata all'urbanizzazione sta portando sempre più ad avere delle zone periferiche poco popolate (fenomeno in parte tamponato dai migranti provenienti dai paesi esteri). Essendo difficilissimo fare delle ipotesi epidemiologiche sui piccoli numeri (quelli che ci forniscono i territori periferici), rischiamo di lavorare nei territori suddetti rifacendoci alle valutazioni effettuate nei grandi centri.

Queste sono solo alcune delle riflessioni che si possono fare e ci immaginiamo che in ogni realtà dove c'è un gruppo di persone che analizza i dati prodotti è naturale che ci si ingegni per migliorare gli strumenti a disposizione per utilizzarli al meglio.

Ciò che si è verificato nel Convegno di Montalcino traccia un solco che sta a noi continuare a scavare, nel nostro interesse e delle comunità dove lavoriamo e viviamo.

TM

FRANCESCO BARDICCHIA, GIUSEPPE CORLITO,
EDVIGE FACCHI, GIUSEPPE CARDAMONE

UFSMA Area Grossetana, Asl 9

La farmacovigilanza in Toscana

La farmacovigilanza, intesa come l'insieme delle azioni intraprese allo scopo di garantire un utilizzo appropriato e sicuro dei farmaci, comprende una serie di attività finalizzate alla valutazione continuativa di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare, per tutti i farmaci in commercio, un rapporto rischio/beneficio favorevole per la popolazione.

MARIA PARRILLI

Settore Farmaceutica Regione Toscana

L'attuale normativa prevede che per i vaccini e per i farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo (farmaci di nuova immissione in commercio oppure farmaci per i quali è stata approvata una modifica delle condizioni d'impiego) vengano segnalate tutte le reazioni avverse (gravi, non gravi, attese e inattese).

Per tutti gli altri farmaci bisogna segnalare sempre le reazioni gravi e quelle inattese; è inoltre possibile segnalare anche le reazioni non gravi e/o attese.

I dati relativi alla sicurezza dei farmaci vengono ricavati da differenti fonti: segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse, studi, letteratura scientifica, rapporti inviati dalle industrie farmaceutiche.

Le segnalazioni di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR) vengono raccolte mediante la Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), a sua volta in collegamento operativo con il network europeo EudraVigilance.

I medici e gli altri operatori sanitari devono trasmettere tempestivamente le segnalazioni di sospette reazioni avverse, tramite l'apposita scheda, al responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza o della ASL competente per territorio, il quale provvederà nei tempi previsti ad inserire la segnalazione nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza.

* Gold standard OMS a giugno 2010 = 150 segnalazioni per milione di abitanti

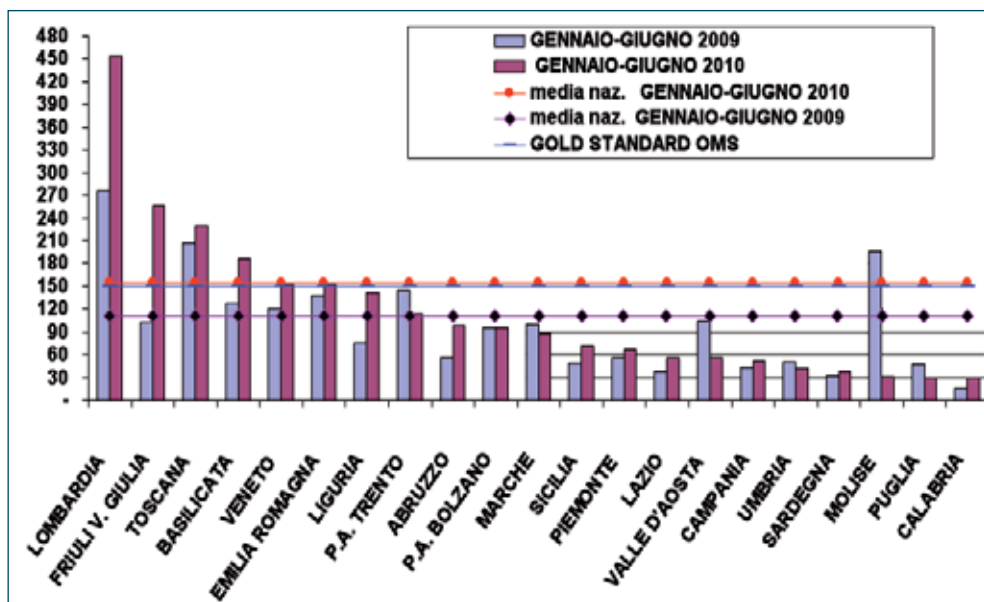


Figura 1 - Distribuzione regionale delle segnalazioni di sospetta reazione avversa per milione di abitanti.

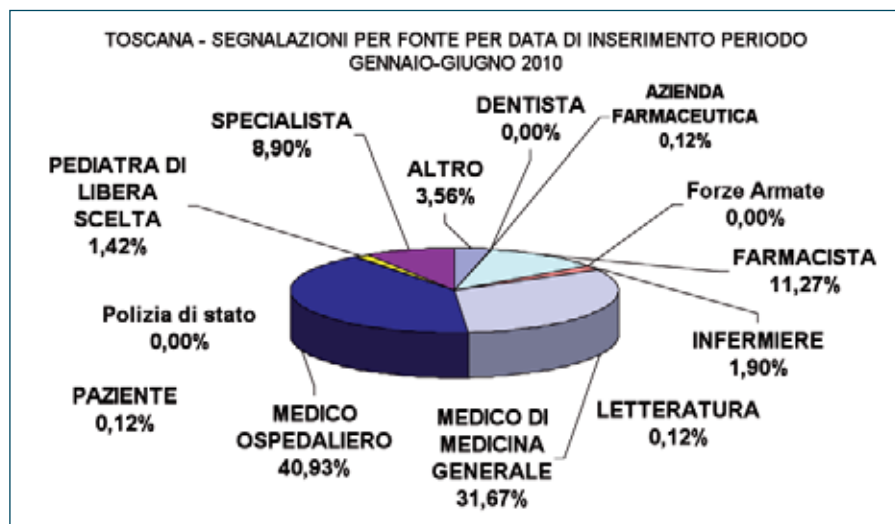


Figura 2 - Distribuzione per fonte delle segnalazioni di sospetta reazione avversa in Toscana.

La Regione Toscana ha mostrato sempre particolare interesse al tema della farmacovigilanza intesa come monitoraggio della sicurezza delle terapie prescritte ai cittadini, stimolando l'attenzione degli operatori sanitari con varie iniziative che, nel corso degli anni, hanno favorito la crescita costante del numero delle segnalazioni nel suo territorio.

Nei primi sei mesi del 2010 la Regione Toscana ha raggiunto complessivamente un numero di segnalazioni di sospetta reazione avversa pari a 842, con un incremento di 10,64 punti percentuali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, collocandosi al secondo posto tra le regioni italiane per tasso di segnalazione. Con un valore di 229 segnalazioni per milione di abitanti inserite nel-

la Rete Nazionale di Farmacovigilanza nei primi sei mesi dell'anno, la Regione Toscana supera abbondantemente il Gold Standard dell'OMS (300 segnalazioni per milione di abitanti/anno) per un sistema di Farmacovigilanza efficace; nel periodo analizzato soltanto 6 regioni raggiungono tale obiettivo (Figura 1).

In Toscana più del 40% delle segnalazioni proviene da medici ospedalieri, seguiti da medici di medicina generale (32%), farmacisti (11%) e specialisti (9%). In particolare, la percentuale di segnalazioni provenienti da medici di medicina generale risulta quattro volte maggiore rispetto al dato nazionale (8%) (Figura 2).

Particolare attenzione è stata riservata anche alla vigilanza sugli incidenti e i mancati incidenti

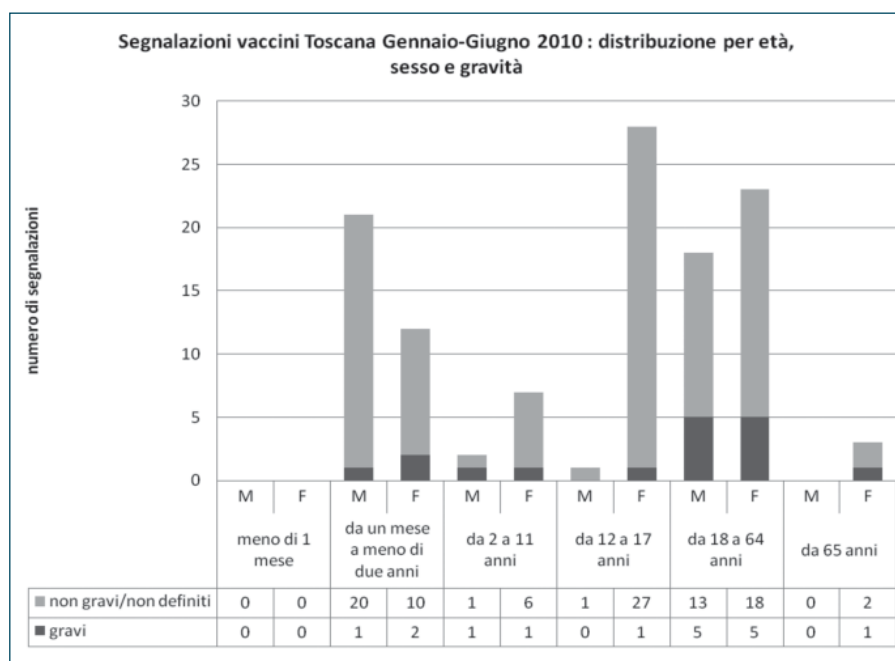


Figura 3 - Segnalazioni vaccini Toscana gennaio-giugno 2010: distribuzione per età, sesso e gravità.

associati all'uso di dispositivi medici: la Toscana è l'unica regione nella quale è stato attivato un progetto specifico che prevede la costituzione di un archivio elettronico di Dispositivovigilanza.

Dopo l'emergenza pandemica e in seguito all'introduzione dei vaccini contro il Papillomavirus, particolare rilevanza per la salute pubblica ha acquisito anche la vigilanza dei vaccini e la capacità di individuare precocemente segnali di rischio connessi con la vaccinazione. Nella Figura 3 è riportata la distribuzione per età, sesso e gravità delle segnalazioni di sospette reazioni avverse inerenti i vaccini nella regione Toscana nel periodo gennaio-giugno 2010. La differenza nel numero di segnalazioni tra i due sessi che si riscontra maggiormente nella fascia di età tra 12 e 17 anni è attribuibile alla campagna di vaccinazione pubblica per la prevenzione dell'infezione da Papillomavirus; infatti, in tale fascia di età sono presenti 26 segnalazioni (di cui 1 grave) per il vaccino bivalente ed una segnalazione (non grave) per quello tetravalente (Figura 3).

Analizzando la frequenza di segnalazioni nel primo semestre del 2010 in Toscana, il vaccino contro il Papillomavirus risulta al primo posto, seguito, in ordine decrescente, da: vaccino antipneumococcico, vaccino anti difterite-haemophilus influenza B-pertosse-poliomelite-tetano-epatite B, antinfluenzale pandemico, antinfluenzale stagionale. I vaccini con il maggior numero di segnalazioni di sospetta reazione avversa grave sono

l'antinfluenzale stagionale e quello pandemico.

Analizzando la frequenza delle segnalazioni relative ai farmaci nel primo semestre del 2010 in Toscana, i farmaci con il maggior numero di segnalazioni risultano in ordine decrescente: amoxicillina + acido clavulanico, ceftriaxone, ramipril e acido acetilsalicilico. Per quanto riguarda le sospette reazioni avverse gravi i farmaci oggetto di un maggior numero di segnalazioni risultano essere: ceftriaxone e acido acetilsalicilico. Tra i farmaci sottoposti monitoraggio intensivo e/o monitoraggio AIFA i più segnalati sono: bevacizumab, vildagliptin + metformina, infliximab ed exenatide.

È importante ricordare che per ciascuna segnalazione è fondamentale definire la responsabilità del farmaco nello sviluppo dell'evento, aspetto che generalmente prevede l'uso di algoritmi specifici. La segnalazione delle reazioni avverse deve essere effettuata semplicemente quando si sospetta un ruolo del farmaco e non è richiesta la certezza assoluta di un ruolo causale del trattamento.

Nel 2010 la Regione Toscana mantiene un ruolo guida tra le Regioni italiane per la qualità del servizio di Farmacovigilanza offerto. Questo successo deve essere attribuito all'impegno e alle risorse investite in questo settore senza trascurare la collaborazione attiva e l'interesse che tutti gli operatori sanitari hanno dimostrato negli ultimi anni.

Consiglio Sanitario Regionale

Studio Toscano sull'Ipertensione Giovanile

L'ipertensione è uno dei principali fattori di rischio di malattie cardio e cerebrovascolari. Il rischio ipertensivo è indipendente dagli altri fattori di rischio ed è direttamente proporzionale ai valori pressori medi, cominciando già al di sopra di 115-120 mmHg di pressione sistolica e di 75-80 mmHg di pressione diastolica. Le proiezioni statistiche fanno ritenere che, se l'intera popolazione non eccedesse mai questi valori, si avrebbe una riduzione di incidenza delle malat-

tie cardio e cerebrovascolari compreso fra il 50 e il 60%.

Secondo gli standard attuali sono ipertesi i soggetti con pressione sistolica maggiore di 140 e/o diastolica maggiore di 90. Più precisamente le Linee Guida Europee sull'ipertensione classificano come pressione arteriosa ottimale i valori <120 (massima) e 80 (minima), come normale i valori 120-129 e/o 80-84, come normale-alta i valori 130-139 e/o 84-89, come ipertensione stadio I i valori 140-159 e/o 90-99, come ipertensione

Tabella 1

Pressione Arteriosa	n. soggetti	% soggetti
Ottimale	662	34,5
Normale	584	30,4
Normale Alta	474	24,7
Ipertensione Stadio I	9	0,46
Ipertensione sistolica isolata	189	9,85

stadio II i valori 160-179 e/o 100-109, come ipertensione stadio III i valori >180 e/o >110 e come ipertensione sistolica isolata una condizione, anche essa fattore di rischio, caratterizzata da pressione sistolica >139 con pressione diastolica <90.

Nei Paesi sviluppati risulta iperteso oltre il 50% degli ultra-sessantenni e nell'arco dell'intera vita oltre il 90% della popolazione. Inoltre esiste da un ventennio un graduale aumento dei valori pressori nelle età più giovani, e si teme che questo andamento possa preludere ad un complessivo incremento della pressione, e quindi del rischio cardiovascolare, nelle generazioni future.

A seguito delle campagne di sensibilizzazione al rischio ipertensivo è apparso evidente che la normalizzazione dei valori pressori con farmaci in età adulta effettivamente contiene l'insorgenza di eventi vascolari acuti, ma in misura molto minore di quanto si sarebbe atteso. È stato inoltre rilevato che l'incremento della pressione arteriosa con il progredire dell'età è un fenomeno caratteristico dei grandi conglomerati umani moderni, ma non è specie-specifico poiché non si verifica nelle piccole comunità dove i costumi sono sostanzialmente diversi. Questo con particolare riguardo ad agenti esterni ipertensivanti come l'assunzione di sodio, l'abitudine all'alcool, il fumo di tabacco, l'obesità e la scarsa attività fisica.

La storia naturale dell'ipertensione, intesa come malattia ipertensiva, non è nota, e in particolare non è nota l'epoca in cui cominciano ad apparire nei giovani i primi segni di un rialzo pressorio stabile, e in concomitanza con quali fattori. La conoscenza di questi dati consentirebbe lo spostamento degli interventi di Salute Pubblica dalla prevenzione secondaria alla, probabilmente più efficace, prevenzione primaria. Partendo da questo presupposto la Regione Toscana, su iniziativa del Consiglio Sanitario Regionale, ha

condotto una rilevazione campionaria finalizzata a stimare in un gruppo di giovani adulti la prevalenza di situazioni cliniche di preipertensione e di ipertensione.

Lo studio, coordinato dal Consiglio Sanitario Regionale, è stato condotto dalle Unità Operative di Nefrologia e Dialisi delle Aziende Sanitarie Locali di Firenze (Fanelli, Nigrelli e Acconcia), di Livorno (Bigazzi), di Lucca (Angelini e Parrini) e di Siena (Sidoti e Biagioli) nel periodo Gennaio-Marzo del 2010. È stata misurata ripetutamente (in media 4 volte) con metodologia standardizzata la Pressione Arteriosa di 1918 studenti (983 maschi e 985 femmine) dell'ultimo anno delle Scuole Superiori, di età compresa tra i 18 e i 22 anni.

I valori rilevati sono stati classificati in accordo con le specifiche Linee Guida europee. La tabella che segue riassume i risultati ottenuti dal campione esaminato (non sono state rilevate situazioni di Ipertensione di stadio superiore al I°) (Tabella 1).

L'inferenza ("test del segno" di Clopper-Pearson) sui valori percentuali rilevati consente di stimare il range di valori riferibili all'intera popolazione degli studenti toscani di età compresa tra i 18 e i 22 anni relativamente a ciascuna classe pressoria, come riportato nella tabella successiva (Tabella 2):

Dalla tabella si può facilmente desumere che circa un terzo della popolazione di giovani adulti presenta un rialzo pressorio che predispone a future patologie cardio e cerebrovascolari, per fattori determinanti che sono attualmente oggetto di valutazione. Per l'istante il Consiglio Sanitario Regionale ha in corso di progettazione interventi di marketing sociale utili a promuovere nella popolazione la consapevolezza dell'utilità di periodici controlli della pressione arteriosa, fin dalle età giovanili.

Tabella 2

Pressione Arteriosa	% popolazione 18-22 anni
Ottimale	32,4-36,7
Normale	28,4-32,5
Normale Alta	22,8-26,7
Ipertensione Stadio I	0,2-0,9
Ipertensione sistolica isolata	8,6-11,3

Chi guida la mano del medico?

ANTONIO PANTI

Nel 2009 il mercato farmaceutico (fonte: rapporto OSMED 2009) ha superato i 25 miliardi di €. I farmaci del sistema cardiovascolare sono la categoria di maggior peso (oltre 5 miliardi di €). Il consumo dei farmaci in classe A è aumentato del 3,4% rispetto al 2008; ogni 1000 abitanti sono state consumate 926 DDD al giorno, contro le 580 del 2000.

Le statine continuano a essere il sottogruppo di maggiore spesa (16,6 € pro capite) con un aumento del 13,4% delle dosi e del 8,5% della spesa. I cosiddetti generici rappresentano circa il 28% della spesa totale, assai meno che in altri paesi europei, (nel 2009 hanno perso il brevetto alcuni farmaci molto prescritti quali il pantoprazolo e il perindopril).

In questo quadro si inserisce il problema della terapia dell'ipertensione (circa 715.000 casi trattati in Toscana). Secondo i dati disponibili il consumo di sartani non dovrebbe superare il 20% del totale della categoria aceinibitori, essendone riservato l'uso a alcune specifiche situazioni cliniche.

In Toscana il consumo di sartani è stato del 30,8% nel 2009. Qualche mese fa ha perso il brevetto il principale sartanico in uso, il Losartan, primo della categoria per DDD. Ebbene, mese per mese, nel 2010, ne diminuisce decisamente e progressivamente la prescrizione. Il costo medio ponderato di una compressa di Losartan è pari a

0,37 euro a fronte di 0,89 euro degli altri sartani, il 140% in più.

Questo fenomeno, chiamato shift prescrittivo dagli esperti del mercato farmaceutico, per un solo farmaco costa alla sanità toscana più di 3 milioni di euro annui. Peralto il codice deontologico obbliga i medici all'attento uso delle risorse e a prescrivere i farmaci secondo criteri scientifici.

Ne consegue che, se più farmaci hanno le stesse indicazioni e uno, scaduto il brevetto, è in commercio a un prezzo inferiore, non vi è ragione di non prescriverlo. Invece, non solo non si prescrive il farmaco off patent ma si sposta la prescrizione verso farmaci della stessa categoria prima scarsamente usati. Perché? Se l'incidenza percentuale del Losartan crescesse al 25% della categoria si avrebbe in Toscana un risparmio di circa 6 milioni annui.

Abbiamo pubblicato nel precedente numero della rivista la lettera che la Commissione Terapeutica Toscana, con la collaborazione di alcuni esperti, ha inviato ai medici; un modo corretto di affrontare il problema, in base ai dati della ricerca clinica e con un approccio deontologico che non incide sulla libertà di prescrivere.

Se i medici non tenessero conto di queste considerazioni professionali come lamentarsi poi se fossero imposte restrizioni alla prescrizione? Una categoria di professionisti deve sapersi dare regole autonome di comportamento.

AL VIA LA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE IN TOSCANA

Ha preso il via in Toscana la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2010-2011. I vaccini, circa un milione di dosi, acquistati dalla Regione, sono in distribuzione su tutto il territorio regionale dalle aziende sanitarie ai medici di famiglia e pediatri in base al numero di pazienti da vaccinare. Chiunque può acquistare il vaccino in farmacia, ma ad anziani sopra i 65 anni e cittadini appartenenti alle categorie a rischio la vaccinazione verrà offerta gratuitamente, tramite i medici di famiglia, i pediatri e gli ambulatori delle ASL. Nelle categorie a rischio rientrano adulti e bambini affetti da malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio, renale; malattie degli organi emopoietici; diabete ed altre malattie dismetaboliche; sindromi da malassorbimento intestinale; fibrosi cistica; altre malattie congenite o acquisite che comportino carenze o alterata produzione di anticorpi; patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici. La vaccinazione è gratuita anche per gli addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e per il personale di assistenza o i familiari di soggetti ad alto rischio. Come negli anni passati, con il vaccino antinfluenzale agli anziani verrà somministrata anche la vitamina D, per proteggere le ossa. Una dose di vaccino è sufficiente per i soggetti di tutte le età, tranne che per i bambini sotto i 9 anni mai vaccinati in precedenza, per i quali si raccomandano due dosi, da somministrare a distanza di almeno 4 settimane.

Dar voce alla sofferenza dei pazienti ricoverati negli ospedali toscani

Nel 2001, la Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti ha istituito la Giornata Nazionale del Sollievo con il patrocinio del Ministero della salute e dalla Conferenza Stato-Regioni e per focalizzare l'attenzione sulla sofferenza e promuovere la "cultura del sollievo" è stata distribuita una scheda ai pazienti ricoverati negli ospedali italiani. L'indagine ha permesso di raccogliere dati di tipo qualitativo sulle percezioni ed i vissuti delle persone ricoverate. Nel corso della V edizione, il 31 maggio 2009, molti ospedali della Regione Toscana hanno partecipato, distribuendo ai propri pazienti ricoverati la scheda predisposta.

Le aziende toscane che hanno partecipato hanno raccolto 1091 schede così distribuite:

aou careggi	100
aou pisa	100
aou siena	105
asl 6 livorno	75
asl 7 siena	70
asl 9 grosseto	93
asl 10 firenze	163
asl 12 viareggio	101
aou meyer	52
asl 11 empoli	100
asl 1 massa carrara	32
asl 3 pistoia	100
asl 4 prato	n.d.

Il primo dato interessante per la comprensione della soggettività e dei significati di coloro che hanno risposto al questionario, è dato dai valori emersi dalla compilazione del termometro della sofferenza, incrociate con la domanda del dolore provato durante il ricovero. La sofferenza ha ottenuto punteggi mediamente più alti. La sofferenza è quindi maggiormente sentita, indicatore di una complessità di aspetti capaci di interagire con la percezione stessa del dolore.

Continuando l'esame dei risultati, i principali aspetti della sofferenza e del sollievo su cui vertevano le domande sono stati: i bisogni, le informazioni, il trattamento del dolore e l'efficacia della terapia.

Per quanto riguarda i bisogni, continua a risultare prioritario, come era già emerso nelle precedenti edizioni, accanto al bisogno di "sen-

tire meno dolore", quello di sentirsi considerati, ascoltati dai sanitari, ed ecco che viene data molta importanza alla visita medica, emerge il bisogno di "Presenza di persone care". Emerge poi il bisogno di ricevere "Informazioni complete e chiare sulle terapie".

Questi risultati ribadiscono l'importanza per il paziente di dare continuità alle relazioni familiari ed amicali; il poter contare costantemente su persone care durante il ricovero mette in evidenza come un ospedale aperto sia necessario per rispondere a questo sentire. Non è più pensabile avere rigidi orari per il passo ma è importante favorire una completa flessibilità di accesso.

L'altro dato è quello della informazione, i cittadini vorrebbero avere consapevolezza del proprio stato di salute e delle alternative terapeutiche per poter pianificare insieme ai sanitari gli interventi necessari. Il rapporto paternalistico è tramontato e viene richiesta non una fredda informazione ma una condivisione di scelte fra i sanitari responsabili delle loro capacità professionali e il paziente soggetto protagonista delle proprie decisioni.

È ormai noto come la mancanza di informazioni obiettive e chiare rischia di diventar elemento di ulteriore difficoltà per i pazienti ricoverati e questo sembra acquisito da parte del personale sanitario dato che risulta che circa il 70% dei pazienti riferisce di aver avuto informazioni adeguate; rimane però ancora circa il 20% dei pazienti che non riceve alcuna informazione (vedi Figura 1).

Per quanto riguarda la rilevazione del grado di dolore, la percentuale di pazienti che riferisce un grado di dolore da moderato a intenso è in media

MARIANNA SCOLLO ABETI*, LUCA LAVACCHI**,
BRUNELLA LIBRANDI°

* Commissione regionale di coordinamento per le azioni di lotta al dolore - A.O.U. Meyer - Firenze

** Referente aziendale Comitato Ospedale senza dolore Asl 3 Pistoia

° Formatore AOU Careggi

del 65% e non si discosta molto nelle varie aziende ad eccezione che per l'AOU Pisana (45%). Questo dato è importante perché mette in luce il fatto che il dolore è ancora molto presente in ospedale, pertanto le campagne contro il dolore inutile devono continuare. Una sanità senza dolore rappresenta una sfida culturale ancora difficile da vincere. Il fatto però che circa il 90% dei pazienti con dolore riceva una terapia analgesica e che l'efficacia della terapia è altissima, testimonia che in genere forniamo al paziente i farmaci analgesici necessari (vedi Figura 2).

Non vi è dubbio che dei semi sono stati lasciati e l'attenzione al dolore è negli ultimi anni cresciuta enormemente ma vi è ancora molto da fare, in-

fatti fra gli obiettivi della Commissione Regionale di coordinamento per le azioni di lotta al dolore ed il Coordinamento dei Comitati Ospedale senza dolore, per quest'anno ci saranno sia percorsi formativi che attività di tipo organizzativo, per ridurre il dolore al DEA, nelle procedure diagnostiche e migliorare l'utilizzo dei farmaci oppioidi da parte dei sanitari.

Rimane altresì importante favorire il miglioramento dei processi assistenziali e la continuità ospedale territorio. L'indagine è stata un'occasione per rafforzare la vicinanza tra gli operatori e le persone assistite e i risultati dimostrano che la strada è stata aperta.

Figura 1 - Informazioni sul trattamento del dolore durante il ricovero

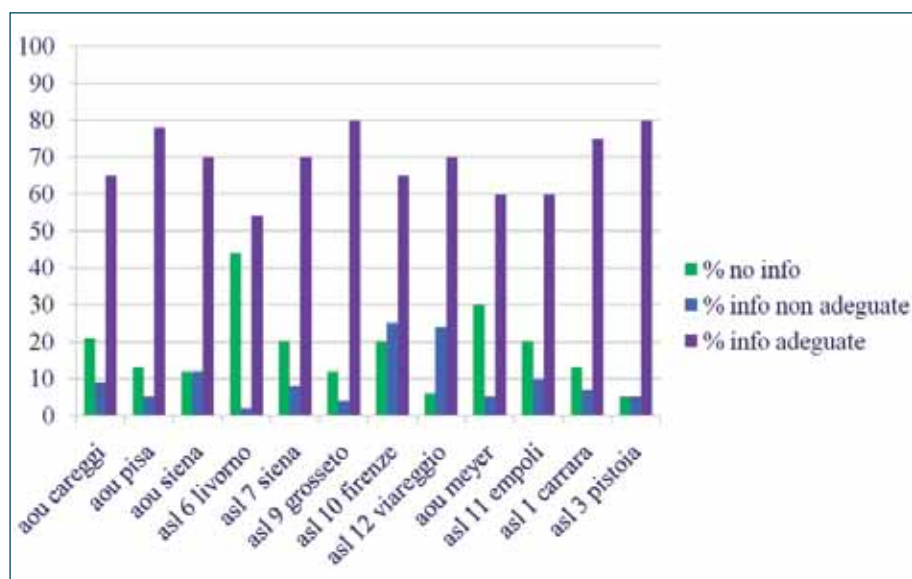
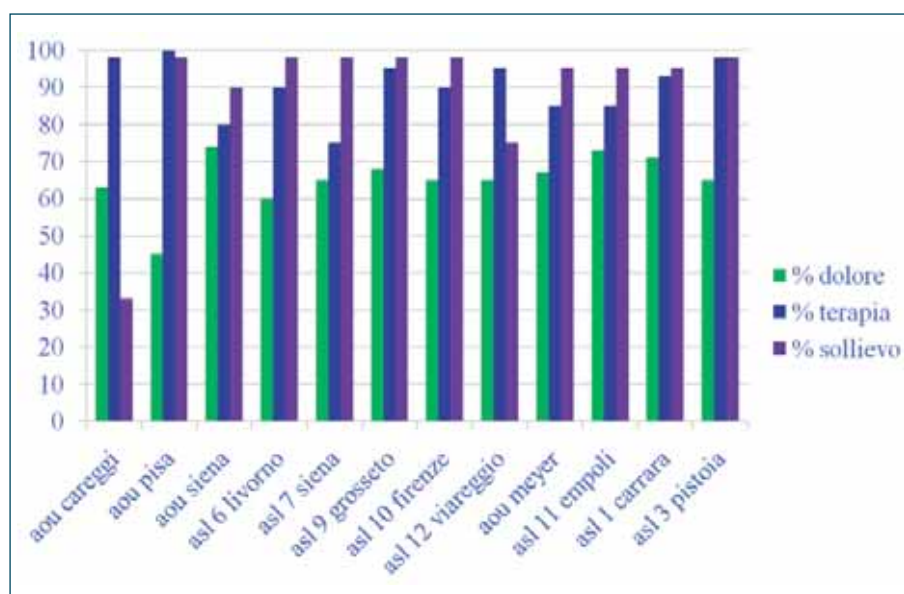


Figura 2 - Dolore percepito, terapia antidolorifica effettuata e sollievo procurato





L'INFLUENZA È ALLE PORTE. DIFENDITI COL VACCINO.

Anche quest'anno, durante il periodo autunnale il Servizio Sanitario della Toscana mette gratuitamente a disposizione delle persone con più di sessantacinque anni e di tutte quelle di qualsiasi età, con patologie a rischio, un vaccino antinfluenzale efficace e sicuro.

In più, coloro che superano i sessantacinque anni, potranno usufruire, sempre gratuitamente, di due dosi di Vitamina D3, essenziale per prevenire l'osteoporosi. Per difenderti dalle complicanze dell'influenza e per mantenerti in salute, parlane con il tuo medico che saprà consigliarti se e quando fare la vaccinazione e sull'opportunità di assumere, se occorre, la vitamina D3.

Servizio Sanitario della Toscana
La salute prima di tutto.

Le cure intermedie: il terzo asse

2000: NHS plane

Il termine cure intermedie comparve nel 2000 all'interno del NHS Plan del sistema sanitario britannico, come un'azione nuova in grado di rispondere ai bisogni emergenti della popolazione anziana (16% dei britannici) che si rivolgeva ai servizi sanitari per trovare risposte alle patologie croniche e alla progressiva riduzione dell'autonomia di vita. Si delineava già allora un'area grigia, né ospedaliera né territoriale, volta a promuovere un più rapido recupero dalle malattie, evitando ammissioni in reparti ospedalieri e contribuendo, se inevitabili, a ricoveri contenuti nei tempi.

FRANCESCO BENVENUTI*, SIMONA DEI**

* Direttore Dipartimento Fragilità ASL Empoli

** Direttore Dipartimento Territorio ASL Empoli

neurologico, malati in stato vegetativo o con gravi patologie neuro muscolari completamente invalidanti, spesso in ventilazione assistita.

La scelta praticata dalle varie Aziende USL non è tanto legata al bisogno dell'utenza quanto condizionata dall'offerta prevalente nelle diverse

realità; e ciò determina un quadro eterogeneo, con differenti risposte assistenziali e disparità di trattamento economico.

In un quadro del genere non stupisce che i vari livelli si confondano e non si traducano in percorsi lineari.

2010: Italia

A distanza di appena dieci anni il panorama italiano parla del 20% di ultra65enni che, secondo proiezioni statistiche serie, diverranno 1 su 3 nel 2030, con tutti i problemi legati all'invecchiamento fisiologico e non solo.

La rottura

Il prolungamento della vita è stato conseguito con i successi della medicina, che pur salvando spesso la vita comportano comunque piccoli esiti funzionali che sommandosi nel tempo incidono pesantemente sull'autonomia personale e sull'equilibrio di vita in contesti socio familiari sempre meno protetti. E quando questo equilibrio si rompe tragicamente per un evento improvviso, queste persone arrivano nei nuovi ospedali per intensità di cure, dove vengono rianimate, stabilizzate, curate ed avviate verso la dimissione.

Ma anche se l'evento è stato risolto, quali esiti ha avuto sul fragile equilibrio di partenza e quanto incideranno al momento del ritorno a casa? Sono domande che è difficile porsi all'interno di un ospedale teso al problema ed alla sua risoluzione, in tempi rapidi, efficaci, produttivi e sostenibili.

L'attuale risposta

La Toscana per rispondere a questa esigenza, ha individuato soluzioni diverse: strutture di riabilitazione, di lungodegenza, ospedali di comunità, moduli temporanei di RSA.

Strutture nelle quali trovano risposte, in ordine sparso, malati in fase di post ricovero, anziani con riacutizzazioni di patologie croniche, persone con gli esiti funzionali di un problema ortopedico o

Le criticità

Per rendere questa ricchezza di offerte più adeguata ai bisogni di salute odierni diventa prioritario analizzare le criticità presenti nel sistema.

- In fase di accesso non esistono criteri condivisi per l'individuazione dell'"utente tipo": talvolta prevale il problema clinico, altre volte il disagio socio-familiare, spesso si tratta di un quadro complesso.
- Non sono neppure previsti criteri specifici, utili al fine di un percorso di accreditamento delle strutture e di riqualificazione dei professionisti.
- I collegamenti con i reparti ospedalieri, in ingresso, sono spesso informali ed anche il percorso verso la domiciliarità e i servizi correlati non risulta sempre garantito e consequenziale.
- Ma soprattutto manca chiarezza su quali obiettivi darsi, quali risultati prevedere e, di conseguenza, su una serie di indicatori confrontabili a livello regionale in grado di valutare la funzionalità delle cure intermedie.

IL PROGETTO

Il terzo asse del bisogno

Premessa inderogabile, e innovativa è la quantificazione del bisogno su tre assi:

- la **dimensione clinico-sanitaria**: per il problema sanitario non risolto completamente, che permane con esiti funzionali
- la **dimensione socio-familiare**: per le situazioni critiche del contesto di vita che non consentono l'organizzazione di risposte assistenziali domiciliari
- la **dimensione funzionale**: per misurare gli esiti funzionali residui, vero problema per il ritorno alla vita quotidiana.

Una visione tridimensionale del problema consente così di sviluppare una nuova cultura scientifica nei confronti di questi soggetti, realizzando risposte capaci di incidere realmente sulla qualità di vita, pur nel permanere di una situazione di malattia

La risposta sulla funzione

Per garantire risposte efficaci nei confronti di questo bisogno tridimensionale è indispensabile che le cure intermedie siano:

- centrate più sulla funzione che sulla malattia;
- orientate al recupero della massima autonomia possibile;
- finalizzate per quanto possibile al rientro al domicilio;
- limitate nel tempo;
- garantite attraverso un intervento multiprofessionale integrato;
- rivolte anche al sostegno del caregiver.

In sintesi attente alla persona e al rientro nel proprio contesto socio familiare nella migliore qualità di vita consentita dal suo stato di salute.

Il mandato regionale

Per dare coerenza al progetto è utile condividere alcune linee guida a livello regionale che indirizzino verso comportamenti omogenei e confrontabili i diversi territori toscani:

- la scelta degli *strumenti di valutazione* dei bisogni improntati a:
 - semplicità esecutiva;
 - rapidità decisionale;
 - snellezza organizzativa;
- l'individuazione di *standard assistenziali* relativi a:
 - eleggibilità dei casi;
 - tipologia delle prestazioni erogabili;
 - protocolli di collegamento con i servizi territoriali;
 - indicazione sui tempi di durata;

- modalità di remunerazione delle strutture in base al trattamento erogato;
- la definizione di *percorsi ospedale/territorio/ospedale*, che consentano di:
 - stabilire le relazioni fra le fasi di vita pre e post ricovero;
 - monitorare i passaggi da fase a fase attraverso strumenti semplici e condivisi;
 - garantire la reale presa in carico di queste persone da parte del sistema.

La rivoluzione copernicana

Gli strumenti ipotizzati e le azioni proposte non otterranno mai i risultati prevedibili, se alla base di tutta l'organizzazione non vengono condivisi dei concetti fondamentali e estremamente innovativi, sia nel mondo ospedaliero che in quello territoriale:

- l'obiettivo principale è quello di lavorare sulla *autonomia residua*, per svilupparla al massimo insieme e nonostante i problemi di salute presenti;
- per una reale presa in carico del problema deve essere garantito il *passaggio di consegne* da una fase all'altra, attraverso la condivisione degli stessi obiettivi di miglioramento fra i servizi e le équipe di professionisti coinvolte;
- non si tratta solo di una risposta assistenziale, ma di un cantiere di *ricerca ed innovazione* volto a individuare nuove risposte per bisogni di salute emergenti dallo sviluppo epidemiologico del prossimo futuro.

In tal modo le cure intermedie non andranno a costituire un ulteriore settore ma una *nuova cultura*, che coinvolgerà i professionisti della salute sia del mondo ospedaliero che di quello territoriale, verso il vero obiettivo per le persone a cui si rivolgono: la possibilità di sopravvivere nel migliore dei modi alla malattia.

TM



Il dolore pelvico acuto nella donna

L'importanza dell'approccio laparoscopico

INTRODUZIONE

La Regione Toscana, tramite il MES Sant'Anna, ha proposto alle varie ASL, fra gli obiettivi di budget per l'anno 2010 uno specifico obiettivo di qualità, riportato nell'allegata Tabella 1, che prevede di eseguire in urgenza con metodica laparoscopica almeno il 60% delle appendicectomie urgenti in donne in età fertile (15/49 anni). Considerato che l'attuale è, a detta di tutti i chirurghi, il periodo in cui la chirurgia laparoscopica sembra avere assunto definitivamente un ruolo trainante nel pur ancora ampio spazio della chirurgia generale, ci siamo chiesti del perché di questo obiettivo.

A tal proposito ci viene da pensare che in chirurgia laparoscopica il "sembrare" non significhi assolutamente "avere" assunto un ruolo trainante; infatti, e recenti indagini statistiche lo stanno a dimostrare, in Italia, così come nella nostra Regione, nonostante gli indiscussi ed indiscutibili

vantaggi che la laparoscopia offre, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico, l'approccio laparoscopico alla patologia pelvica di tipo acuto non è ancora unanimemente considerato come trattamento "gold standard"; solo circa il 17% degli approcci chirurgici all'addome inferiore, in

urgenza, è ad oggi eseguito con metodica laparoscopica.

Le cause del Dolore Pelvico Acuto sono numerose; è infatti noto che l'innervazione viscerale dell'utero della cervice e degli annessi è la stessa dell'ileo terminale, del sigma e del retto (Figura 1), per cui è relativamente difficile poter distinguere in fase iniziale il dolore di origine ginecologica da quello di origine gastro-intestinale. Nella Tabella 2 sono riportate schematicamente le cause del dolore pelvico, che può presentarsi sotto forme diverse; si parla di Dolore Pelvico Acuto (DPA) quando questo insorge improvvisamente ed intensamente, raggiunge un picco elevato e scompare

F. VEZZOSI, P. ESERCITATO, G. ALFONSI,
L. CIOMPI, F.P. MENNO, U. CIGNONI, A. DERVISHI
UOC Chirurgia Elba - Az. USL 6 - Livorno

Tabella 1

INDICATORE C5: Qualità Clinica C5.11 PERCENTUALE DI APPENDICECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN URGENZA IN DONNE D'ETÀ COMPRESA FRA I 15 ED I 49 ANNI	
Definizione	Percentuale di appendicectomie laparoscopiche in urgenza in donne d'età compresa fra i 15 ed i 49 anni
Numeratore	N° di appendicectomie laparoscopiche in urgenza in donne d'età compresa fra i 15 ed i 49 anni
Denominatore	N° di appendicectomie in urgenza in donne d'età compresa fra i 15 ed i 49 anni
Formula matematica	$\frac{\text{N° di appendicectomie laparoscopiche in urgenza}}{\text{N° di appendicectomie in urgenza}} \times 100$
Informazioni per l'elaborazione	Si considerano solo i ricoveri urgenti; Si escludono i Presidi Privati non accreditati; Si considerano sia l'intervento principale che quelli secondari. Si considerano le seguenti procedure chirurgiche: Numeratore: Appendicectomia laparoscopica (codice 47.01) Denominatore: Altra Appendicectomia (codice 47.09)
Fonte	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO

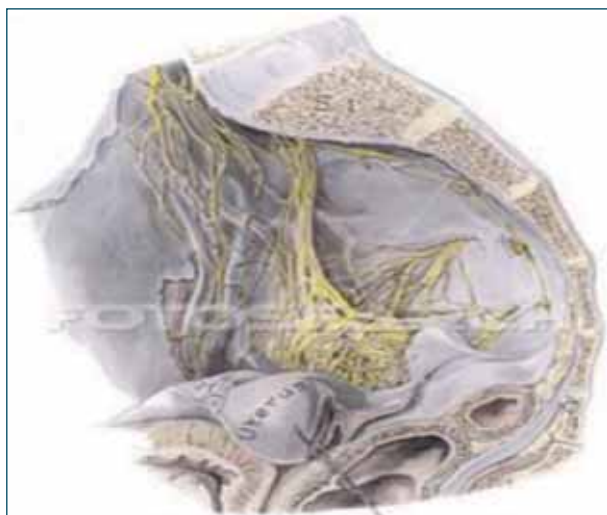


Figura 1 - Innervazione dello scavo pelvico femminile

rapidamente; può essere associato a sintomi di tipo neurovegetativo quali la nausea ed il vomito, od a segni tipici della flogosi quali febbre e leucocitosi neutrofila; il Dolore Pelvico Cronico (DPC) è invece di lunga durata, di natura sconosciuta e non correlabile al ciclo mestruale, caratteristica invece del Dolore Cronico Ciclico (DCC).

Nel Dolore Pelvico Acuto le molteplici cause ginecologiche rappresentano, nella loro variabilità, l'evento etiopatogenetico più frequente (70% circa), mentre meno frequenti (30% circa) sono le cause non ginecologiche, fra le quali spicca indubbiamente l'appendicite acuta.

L'obiettivo proposto potrebbe avere, secondo noi, la seguente motivazione: l'approccio laparoscopico, consentendo una visione completa della cavità addominale e dello scavo pelvico, permette di individuare quei processi patologici tipici, ma spesso misconosciuti, nella donna in età fertile che

una semplice mini-laparotomia (per esempio una Mc Burney eseguita nel sospetto di una appendicite acuta) non sarebbe in grado di evidenziare.

Tanto più che molto spesso, in presenza di sintomatologia dolorosa pelvica insorta acutamente, le opinioni dell'ecografista, del ginecologo e del chirurgo sono talmente divergenti da rendere difficile sia l'inquadramento della patologia che la conseguente attribuzione della paziente alle cure; è infatti relativamente frequente il riscontro al tavolo operatorio di patologia acuta ginecologica concomitante, se non addirittura primitiva, da parte del chirurgo generale (Figura 2).

Materiali e metodi

Dal Gennaio 1998 abbiamo iniziato l'approccio laparoscopico all'addome acuto. Da allora, fino al Gennaio 2010, abbiamo operato in urgenza, con metodica laparoscopica, per patologia addominale 528 pazienti, dei quali 245 di sesso femminile in età compresa fra 15 e 49 anni, con DPA; di queste



Figura 2

Tabella 2

	Dolore pelvico acuto	Dolore pelvico cronico	Dolore pelvico ciclico
CAUSE GINECOLOGICHE	• Torsione e/o rottura cisti ovariche • Malattia infiammatoria pelvica (PID) • Torsione annessiale • Gravidanza extrauterina	• Endometriosi • Aderenze post-operatorie • Flogosi cronica • Cisti ovariche • Anomalie ostruttive dotti mulleriani • Sindrome da congestione pelvica (SCP)	• Dismenorrea • Dolore ovulatorio • Anomalie ostruttive dei dotti mulleriani • Sindrome da congestione pelvica (SCP)
CAUSE NON GINECOLOGICHE	• Appendicite acuta • Gastroenterite acuta • Colica pielo-ureterale • Infezione vie urinarie • Infiammazioni/infezioni del sistema muscolo-scheletrico	• Stipsi • Sindrome colon irritabile • Intolleranze alimentari • Gastroenteriti croniche • IBD • Patologie del sistema muscolo-scheletrico • Dolore psico-somatico	



Figura 3 - (a) Lisi di aderenze endometrioidiche pelviche. (b) Derotazione ovaio dx ritorto sul peduncolo. (c) Gravidanza tubarica dx

pazienti, 53 (21,6%) presentavano patologia ginecologica in fase acuta che, nella quasi totalità dei casi (45/53), non era stata correttamente interpretata in fase pre-operatoria.

Nella Tabella 3 sono riportati il tipo di patologia ed il trattamento eseguito e nella Figura 3 a,b,c alcune delle patologie ginecologiche riscontrate. L'approccio chirurgico è sempre stato laparoscopico, con tre accessi: trocar di Hasson per "open laparoscopy" in sede peri-ombelicale, gli altri trocars, preferibilmente da 5 mm, in sede sovra-pubica ed in fossa iliaca dx o sin. in relazione alla lateralità della patologia, con la possibilità di un quarto accesso in sede controlaterale, quando necessario; in caso di emoperitoneo sono stati utilizzati solo trocars da 10/12 mm. Sono state costantemente usate, per la coagulazione corrente bipolare, per emostasi/resezione suturatrici meccaniche laparoscopiche e quant'altro strumentario necessario.

Gli interventi hanno avuto una durata oraria variabile dai 30 ai 70 minuti, con una media pressochè sovrapponibile agli analoghi aperti e non si sono mai verificate complicazioni, né intra né post-operatorie, tali da determinare conversioni o reinterventi open. La degenza media è stata di 2,3 giornate, ricompresa in un range da 2 a 5, a seconda del tipo di patologia trattata e delle condizioni generali che le pazienti presentavano al momento dell'atto chirurgico. In tutti i casi è sempre stata eseguita, in aggiunta al trattamento della patologia ginecologica evidenziata, l'appendicectomia,

anche nei casi di appendice apparentemente innocente.

Conclusioni

Il Dolore Pelvico Acuto e comunque quello a carico dei quadranti inferiori dell'addome è una delle cause più frequenti di intervento chirurgico in urgenza. Nelle donne in età fertile la diagnosi differenziale fra patologia ginecologica ed appendicite acuta, soprattutto nelle fasi iniziali, non è facile, tanto che in molti casi una diagnosi definitiva, nonostante la diagnostica per immagini si sia molto evoluta e raffinata negli ultimi anni, è possibile solo dopo l'esplorazione chirurgica. Da tutto questo è facilmente deducibile quanto la laparoscopia rappresenti un vantaggio vuoi perchè la metodica riassume in sé tutte le peculiarità della ridotta invasività, vuoi perchè, anche dal punto di vista terapeutico, almeno nella nostra esperienza, è sempre stata risolutiva della causa.

E tutto questo, a nostro parere, indica che quanto intrapreso ormai da dodici anni, il percorso in cui abbiamo creduto e crediamo, anche se non condiviso dalla totalità dei chirurghi, è comunque un percorso vincente; è comprensibile che certi percorsi impongano necessariamente impegno nella formazione per tutti coloro che intendano parteciparvi, ma è proprio per questo motivo che, senza voler polemizzare, non avrebbe dovuto essere la politica sanitaria a dettare indirizzi, ma la nostra voglia di fare e di migliorare la qualità delle nostre prestazioni.

TM

Tabella 3

Emoperitoneo da	
Cisti ovarica fissurata e sanguinante dx 19 sin 4	Marsupializzazione dx 14 sin 3 Exeresi cisti dx 2 sin 1
Gravidanza tubarica dx 4 sin 2	Resezione cuneiforme dx 3
Mioma esofitico uterino sanguinante 1	Salpingectomia dx 4 sin 2 Miomectomia 1
Pelviperitonite da	
Torsione ovaio (con necrosi) dx 6 sin 1	Annessiectomia dx 6 sin 1
Torsione ovaio dx 2 sin 1	Derotazione dx 2 sin 1
Salpingite bilaterale 2	Salpingotomia e drenaggio 2
Flogosi utero annessiale con SCP 8	Esplorazione e drenaggio 8
Endometriosi pelvica 3	Adesiolisi e biopsia 3

Trattamento precoce dell'arto superiore con tossina botulinica in pazienti con ictus cerebrale

Effetto sulla funzione motoria

INTRODUZIONE

Lo stroke è una delle principali cause della sindrome del motoneurone superiore caratterizzata da debolezza muscolare, perdita di destrezza e spasticità responsabile di disabilità. La spasticità dell'arto superiore post-stroke è presente in circa il 69% dei pazienti, interferisce con le attività della vita quotidiana e rallenta il percorso riabilitativo soprattutto in pazienti con movimenti muscolari residui. Solo circa il 5% dei pazienti riacquista abilità funzionali nell'arto affetto; esistono studi che dimostrano che i primi tre mesi dall'evento cerebro-vascolare sono cruciali per un eventuale recupero. E' dimostrata l'efficacia della tossina botulinica tipo A (BTxA) nella spasticità dell'arto superiore ma con un tempo medio di reclutamento relativamente lungo; ciò può comportare una scarsa risposta al trattamento per le modificazioni a cui possono andare incontro muscoli e articolazioni. Scarse sono le informazioni sull'impiego precoce della BTxA come strumento che limita l'insorgenza di complicanze secondarie (perdita di funzione, attività, compliance).

CHIARA CESARETTI¹, RICCARDO CARRAI¹,
MONICA DAINELLI², SERGIO COSTANZO²,
NADIA BONI², ASSUNTA RANUCCI²,
FRANCESCO PINTO¹, SILVIA LORI¹

¹ Centro di Riferimento Regionale di Chemodenervazione (CRRC), SOD Neurofisiopatologia Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

² Presidio Riabilitazione Intensiva Montedomini (PRIM), Asl 10, Firenze

22 pazienti adulti con ictus cerebrale recente afferenti al PRIM sono stati sottoposti a trattamento riabilitativo specifico: 10 pazienti (5M-5F) età media 68,4 anni (47-85) (Gruppo A), sono stati trattati precocemente con BTxA + trattamento riabilitativo; 12 pazienti (9M-3F) età media 67,58 (43-86) hanno effettuato solo trattamento riabilitativo (Gruppo B - "controlli"). La valutazione clinica è stata effettuata con le scale di Ashworth modificata (MAS) e di

Fugl-Meyer e con l'Indice di Barthel Modificato (BMI). La valutazione basale (T0) effettuata col fisioterapista ha definito per ogni paziente l'obiettivo da raggiungere e la correzione dell'atteggiamento anomalo dell'arto superiore a riposo (in statica) e/o durante il cammino (in dinamica). Nel gruppo A sono stati individuati ed infiltrati sotto guida EMG i muscoli pettorale, bicipite, pronatore rotondo, flessori del polso e dita con basse dosi di BTxA (range 25-150 U) in relazione ai bassi gradi di Ashworth, dovuti al breve intervallo di tempo intercorrente fra l'ictus ed il trattamento stesso. Nei successivi 10 giorni dall'infiltrazione, i pazienti reclutati sono stati sottoposti a trattamento riabilitativo quotidiano specifico per l'arto supe-

DISEGNO DELLO STUDIO

Obiettivo dello studio è valutare il recupero della funzionalità dell'arto superiore in un gruppo di pazienti affetti da ictus cerebrale (ischemico o emorragico) di recente insorgenza, sottoposti in fase precoce (4-16 settimane) a specifico trattamento fisioterapico associato ad infiltrazione di BTxA di nuova generazione (Xeomin®) che, a differenza delle altre preparazioni in commercio, è altamente purificata mediante reazioni di precipitazione-cromatografia presentandosi in forma monomerica (peso 150 KD), senza la componente proteica accessoria (Figura 1).

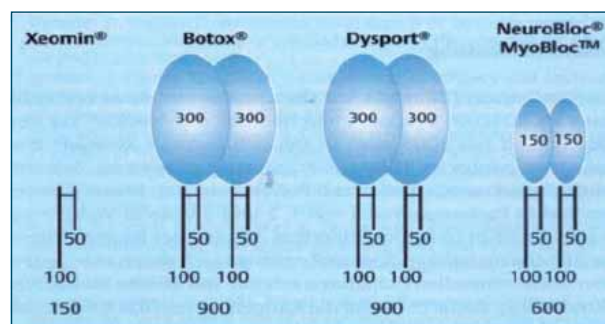


Figura 1

riore: mobilizzazione passiva, attiva-assistita o attiva per il rom consentito; stretching dei muscoli trattati; crioterapia per stimolazione dei muscoli antagonisti associato a bendaggio funzionale (taping) per un massimo di tre ore al giorno, utilizzo di splint di posizionamento (polso-dita) per tempi prestabiliti in base alla tolleranza del paziente ed intervallato a periodi di pausa pari al doppio del tempo di applicazione e, se consentito dal livello motorio, esercizi task-oriented. Alla 4° e 12° settimana (T1-T3) dal trattamento con BTxA, è stato effettuato il controllo clinico. Nel Gruppo B, la valutazione è stata effettuata a T0 e a T3 dal trattamento fisioterapico.

RISULTATI

Nel Gruppo A la MAS migliora a T1 tornando a valori analoghi al basale a T3, mentre la BMI e la FM (item motricità) mantengono un miglioramento a T3 rispetto a T0 (BMI 81,9/49, 2-44,1/19,3 - Figura 2).

L'entità del miglioramento nei 2 gruppi a T3 rispetto a T0 è sostanzialmente sovrapponibile, ad eccezione dell'item motorio della FM che è significativamente superiore ($F = 4.668$) nei pazienti del **Gruppo A** rispetto a quelli del **Gruppo B** (Figura 3 e 4).

CONCLUSIONE

Esiste un elevato numero di studi sull'utilizzo della BTxA nella spasticità dell'arto superiore post-stroke dai quali emerge la difficoltà ad otte-

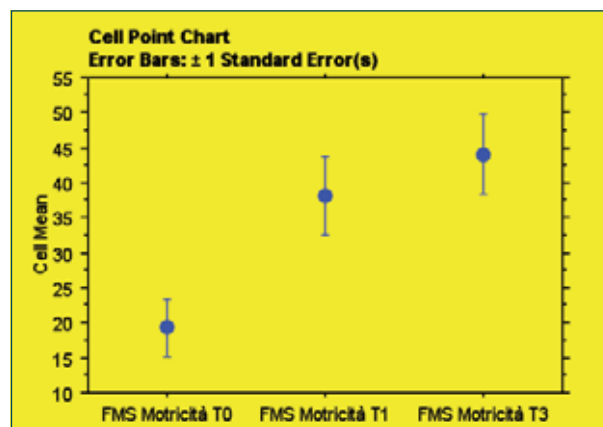


Figura 2

nere un miglioramento funzionale e soltanto circa il 5% dei pazienti riacquista abilità motorie efficaci nell'arto affetto. Altri lavori dimostrano come i primi tre mesi dall'evento cerebro-vascolare siano cruciali per un eventuale recupero. Mediamente il tempo intercorrente fra l'inizio dell'ictus e l'incolo con BTxA dell'arto superiore è relativamente lungo e ciò può comportare una scarsa risposta al trattamento dovuta alle modificazioni muscolo-articolari. Limitate sono le informazioni sull'impiego precoce della BTxA che potrebbe limitare l'insorgenza di complicanze secondarie (perdita di funzione, attività, compliance).

Dal nostro studio risulta che entrambi i gruppi mostrano un miglioramento a 3 mesi con un precoce trattamento riabilitativo mirato, ma l'item

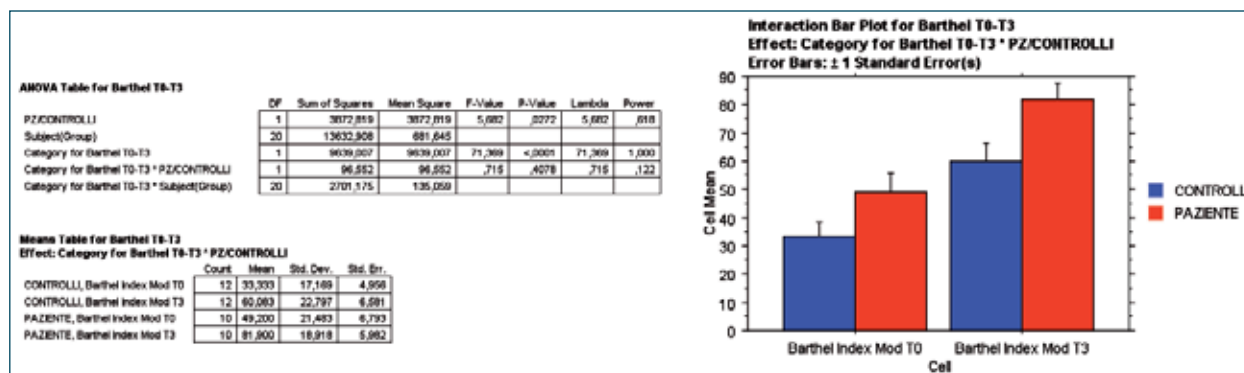


Figura 3

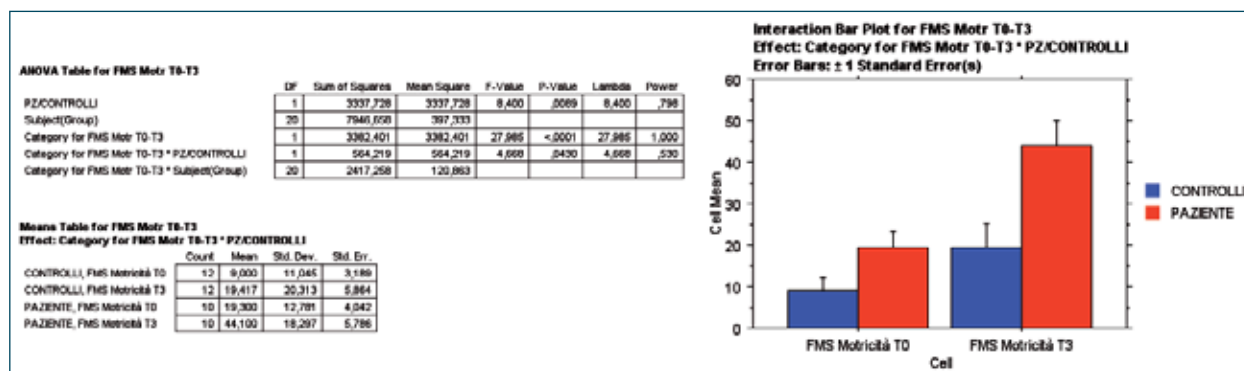


Figura 4

motorio della FM è significativamente superiore ($F=4.668$) nei pazienti del gruppo A rispetto al B. E' probabile che l'infiltrazione di BTxA nei muscoli dell'arto superiore in un periodo di tempo relativamente recente dall'ictus (4-16 settimane) possa far emergere movimenti, altrimenti nascosti dall'ipertonica spastica. Ciò potrebbe comportare un miglior recupero funzionale parziale o in alcuni casi, quasi completo. L'impiego di metodiche specifiche fisioterapiche (attività finalizzate avanzate) associate alla BTxA in fase precoce, potrebbe favorire il processo di recupero, agendo indirettamente (feed-back periferico) sulla neuroplasticità

e la riorganizzazione corticale.

In conclusione il trattamento precoce (<3mesi) dell'arto superiore post-stroke con BTxA sembra aumentare l'efficacia fisioterapica soprattutto sulla funzione motoria (item motorio Fugl-Meyer). La BTxA priva di proteine complessanti potrebbe essere più "duttile" nell'impiego di trattamenti ripetuti, finalizzati a graduare il recupero motorio.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: chiara.cesaretti@tiscali.it

TM

La tiroidite autoimmune

Una patologia dell'età evolutiva

DEFINIZIONE ED EPIDEMIOLOGIA

La tiroidite autoimmune detta anche tiroidite *Linfocitaria cronica* o *tiroidite di Hashimoto* è la più frequente patologia tiroidea causa di gozzo non endemico ed ipotiroidismo nell'adolescenza e nell'età adulta. Colpisce più del 5% della popolazione generale con una prevalenza del 5-15% nelle donne e del 1-5% negli uomini. Sono presenti due picchi di incidenza: nei bambini sopra i 6 anni di età ed in particolare nel periodo puberale e negli adulti tra i 30 e i 60 anni.

Si tratta di una malattia multifattoriale non trasmessa con modalità di tipo mendeleiano e determinata da una complessa interazione tra fattori genetici ed ambientali. Sono stati individuati diversi *loci* contenenti geni in grado di aumentare la suscettibilità individuale tra cui alcuni geni implicati nella regolazione della risposta immunitaria come i geni HLA-DR3, HLA-DQB1 0302 e CTLA-4, ed i geni che codificano per componenti della ghiandola tiroidea quali la tireoperossidasi (TPO), la tireoglobulina (TG) e il recettore del TSH che costituiscono il bersaglio degli auto-anticorpi. Questi geni possono non soltanto interagire fra di loro ma essere influenzati da fattori ambientali quali: iodio, farmaci, variazioni ormonali, infezioni, fumo e stress con conseguente sviluppo di diversi fenotipi e gradi di severità della malattia.

La familiarità è un'altra caratteristica della tiroidite autoimmune. L'anamnesi dei pazienti rivela frequentemente la presenza della stessa pa-

tologia nell'ambito dello stesso nucleo familiare, in particolare nella linea femminile.

La tiroidite autoimmune infatti è 5-10 volte più comune nelle donne che negli uomini probabilmente per il ruolo svolto dagli estrogeni nel promuovere processi di natura autoimmune. La tiroidite nelle donne sorge spesso in seguito a variazioni ormonali

determinate in età adolescenziale dallo sviluppo puberale e in età adulta dalla gravidanza. È stato inoltre dimostrato che anomalie del cromosoma X su cui sono localizzati geni in grado di regolare la risposta immunitaria possono indurre lo sviluppo di tale patologia come accade nelle pazienti affette da Sindrome di Turner (monosomia del cromosoma X) che nel 50% dei casi sviluppano anticorpi antitiroidei in età infantile.

EZIOPATOGENESI

Le alterazioni in corso di tiroidite di Hashimoto sono legate all'insorgenza di un processo autoimmune in cui sono implicati sia linfociti B, i quali producono autoanticorpi rivolti contro la tireoglobulina (AntiTg) e verso gli antigeni microsomiali (AntiTPO), sia linfociti CD4+ e CD8+.

Le cellule dell'immunità una volta attivate formano infiltrati infiammatori che coinvolgono l'intero parenchima della ghiandola causandone spesso un rigonfiamento diffuso (*gozzo*).

L'attività citotossica dei linfociti CD8+ può inoltre causare nel tempo un progressivo deterioramento della tiroide fino all'atrofia.

IORELLA GALLUZZI*, M. LUISA VETRANO**,
SILVIA MIRRI°, VALENTINA LEONARDI°°

* Professore associato di Pediatria

** Medico-chirurgo

° Medico-chirurgo

°° Medico-chirurgo

Dipartimento di Pediatria - Università degli Studi
AOU Meyer, Firenze

Dal momento che la reazione autoimmune può coinvolgere non solo la tiroide ma anche altri organi e apparati, frequentemente nello stesso individuo o nella famiglia possono svilupparsi, insieme alla tiroidite, altre patologie su base autoimmune quali: vitiligine, alopecia, celiachia e diabete mellito insulino-dipendente.

SINTOMATOLOGIA

L'esordio della malattia è spesso subdolo e lento ed è calcolato che ogni anno si perde il 20% della funzionalità ormonogenica della tiroide. La maggior parte dei bambini e degli adulti affetti sono del tutto asintomatici. La principale manifestazione clinica della malattia può essere il gozzo causato da un ingrossamento diffuso della tiroide che alla palpazione si presenta non dolente e di consistenza parenchimatosa. A causa del processo infiammatorio possono apprezzarsi tumefazioni linfonodali laterocervicali.

Il decorso clinico è variabile. La maggior parte dei pazienti all'esordio sono eutiroidei, poiché i parametri della funzionalità tiroidea *tireotropina* (TSH) e della *tiroxina libera* (FT4) sono nella norma e possono mantenersi tali a lungo. Eccezionalmente la flogosi autoimmune può indurre uno stato di ipertiroidismo transitorio, successivamente e regolarmente può presentarsi una condizione di ipotiroidismo subclinico quando il valore della *tireotropina* risulta aumentato mentre quello della *tiroxina* continua ad essere normale per cui il paziente manifesta solo il gozzo in assenza di altri sintomi legati all'ipotiroidismo (ridotta crescita nei bambini, aumento ponderale, astenia, bradicardia, sonnolenza). Infine, si può presentare nel tempo un ipotiroidismo conclamato quando i valori della *tireotropina* risultano fortemente aumentati (> 10 mcUI/ml) e quelli della *tiroxina* ridotti: in questo caso si manifesteranno i segni e i sintomi dell'ipotiroidismo.

DIAGNOSI

Data la mancanza di sintomatologia clinica nella maggior parte dei casi, la diagnosi di tiroidite autoimmune può essere fatta solo con l'ausilio di esami ematici e strumentali. In particolare.

- Dosaggio della frazione libera degli ormoni tiroidei: *triiodiotironina* (FT3), *tiroxina* (FT4) e della *tireotropina* (TSH) per valutare la funzionalità tiroidea.
- Dosaggio degli anticorpi *anti-tireoglobulina* (Anti TG) e *anti-tireoperossidasi* (anti TPO) presenti nel siero nel 90% dei casi.
- Ecografia tiroidea per rilevare la presenza del processo infiammatorio a carico della ghiandola che si presenterà con ecostruttura ipoecogena e disomogenea e talvolta aumentata di volume.

TRATTAMENTO

La terapia della tiroidite non può essere eziologica, ma viene effettuata solo se si riscontra un'alterazione della funzionalità tiroidea.

In caso di comparsa di ipotiroidismo conclamato è necessario iniziare la terapia sostitutiva con *l-tiroxina* (Eutirox). Nei bambini la terapia può essere iniziata anche se è presente ipotiroidismo sub-clinico per mettere a riposo la ghiandola e nei casi in cui è presente gozzo, per ridurre il volume. L'efficacia della terapia va monitorizzata mediante controlli semestrali degli ormoni tiroidei.

I casi di tiroidite non associati ad ipo- o ipertiroidismo richiedono solamente un follow-up semestrale ed annuale in cui solitamente si esegue il dosaggio di TSH, FT3, FT4 ed ecografia della tiroide per tenere sotto controllo il processo infiammatorio ed intervenire tempestivamente nei casi di alterata funzione ghiandolare.

Bibliografia

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

TM

FEDERSPEV

Il Consiglio Direttivo della sezione fiorentina della Federazione convoca l'assemblea generale dei soci per il giorno **sabato 11 dicembre 2010** alle ore 10 presso la sala meeting dell'Ordine dei Medici in Via Vanini 15, Firenze, a cui seguirà il pranzo sociale alle ore 13 presso Villa Viviani.

All'assemblea parteciperanno il Presidente Nazionale della Federazione dott. E. Miscetti, il fiscalista dr. P. Quarto, il Presidente regionale ed i Presidenti delle sezioni toscane.

Sono stati invitati ed hanno dato la loro adesione il Presidente dell'Ordine dei Medici dott. Antonio Panti, il Presidente dell'Ordine dei veterinari dott. C. Pizzirani e il Presidente dell'Ordine dei Farmacisti dott. A. Schiaretti.

La partecipazione all'assemblea è particolarmente importante per conoscere le ultime novità in campo pensionistico che ci saranno illustrate dal fiscalista, al quale potranno essere rivolte domande di chiarimento sulla propria pensione. Pertanto è necessaria la massima partecipazione di tutti i soci.

Soltanto per il pranzo - facoltativo - è necessario prenotare al Presidente dott. Corsoni al Tel. 055.666590 - Cell. 339.1038489.

Il Consiglio Direttivo di Firenze-Prato

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
acido eicosapentaenoico

Fragmin
dalteparina sodica

IBUSTRIN
indobufene

Accuprin
guaripir

ACCURETIC
guaripir cloridrato/Clonazepam

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Zoloft
sertralina

Xanax
alprazolam

Halcion
fluciclonide

SERMION
nicergolina

EDRONAX
reboxetina

ANTIBATTERICI

ZITROMA
Azitromicina

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



L'Arte: un potente mezzo mediatico d'informazione nell'evoluzione della medicina

(Seconda parte, prima parte nel numero precedente)

Nascita dei contenuti chirurgici; l'informazione attraverso l'Arte.

Scuole diverse hanno sottolineato un eccezionale evento, il trapianto di un organo. È comune vedere i santi con l'aureola, eccezionale è, viceversa, vederli rappresentati con aureola e cappello in testa; ciò accade quando l'Artista vuole sottolineare l'esercizio dell'Arte medica da parte dei santi. Lo "status" professionale era rappresentato, oltre che dal cappello, dalla tonaca rossa e calze rosse. Artisti di scuole diverse si sono trovati concordi nella descrizione di questa simbologia, legata alla cultura corrente, che collocava l'Arte medica fra quelle superiori. L'abito non faceva il Monaco ma faceva senz'altro il Medico.



Alonso de Sedano (scuola spagnola del 1500), "Miracolo dei SS. Cosma e Damiano".

Uno dei santi sta compiendo il trapianto, l'altro assiste con in mano il cofanetto degli unguenti. Un angelo ha in mano la gamba asportata, un altro una candela che illumina la scena, un terzo è assorto in preghiera.



Il trapianto, sogno prediletto dell'uomo

Beato Angelico, "Miracolo della gamba del moro", Museo S. Marco, Firenze.

I due santi medici raffigurati nell'atto di trapiantare la gamba di un moro su un bianco. L'Artista, nel sottolineare l'aspetto chirurgico della nuova scienza, anticipa il sogno prediletto

Swabian wood panel painting, Württembergische Landesmuseum, Stuttgart (1500).

I santi sono intenti al trapianto; due angeli tengono in una mano il cofanetto con gli unguenti medicinali e nell'altra la spatola. Un terzo angelo è ripreso nell'atto di sistemare le coperte del letto.

dell'uomo: il trapianto di un organo. L'artista ha voluto rappresentare anche la certezza dell'ammalato sul

successo dell'intervento: le scarpe da calzare ai piedi del letto e la porta spalancata verso la luce e la vita!



Fernando del Rincón (XVI secolo), il Prado, Madrid.

Uno dei santi esegue il trapianto della gamba, l'altro assiste con in mano il cofanetto dei medicinali e spatola. Sul fianco dei due santi, come voleva la tradizione, la borsa per i ferri chirurgici. Disteso per terra il moro al quale, per pareggiare il conto, è stata riportata la gamba trapiantata con quella tolta all'ammalato. Evidentemente nella loro sensibilità di santi

si preoccupano della "resurrezione della carne" nel giorno del Giudizio Universale! Seduto sul lato destro un giovanetto con un serpente, inavvedutamente ingoiato nel sonno, che esce dalla bocca; evidentemente il richiamo ad un altro dei miracoli attribuiti ai due santi.

L'Arte sottolinea la componente diagnostica di laboratorio

Nasce l'uroscopia

Andrea Pisano, Bassorilievo, Campanile di Giotto.

Fino al '300 le torri campanarie avevano rappresentato un segnale visivo ed acustico che guidava i viandanti verso le ospitali abbazie. Giotto concepì il campanile come una stele parlante sulla quale elementi figurativi "informavano" sulle esperienze di vita. Alla base del campanile un bassorilievo è dedicato al laboratorio di analisi; attraverso l'Arte si informava della nascita della medicina



nel suo aspetto diagnostico. Vi è rappresentato, nel retro di una spezieria, un consulto del famoso Medico fiorentino Taddeo Alderotti, citato anche da Dante come interprete di Ippocrate; il solenne "Maestro" dà udienza ad alcune donne che portano dentro un apposito canestro, la fiscella, l'ampolla con le urine dell'ammalato; l'esame consisteva, per prima cosa, nella "speculazione", il Maestro Taddeo tiene infatti di fronte a sé, in alto e controluce, l'ampolla con le urine per il "segno", cioè per studiarne la limpidezza o torbidità; dall'analisi ottica sarebbe passato a quella olfattiva e quindi a quella degustativa per apprezzarne il sapore, se dolce avrebbe diagnosticato il diabete mellito.



Nascono le prime scuole mediche

In quest'epoca nascevano le prime scuole mediche a Salerno, Napoli, Padova e Bologna; anche Firenze non fu da meno e già alla fine del Duecento celebri Maestri tenevano corsi di medicina. Nasceva all'epoca l'obbligo di iscrizione all'arte dei Medici e Speziali, la quinta delle Arti maggiori.

L'insegnamento della filosofia umanistica e della dialettica era a quel tempo ritenuto fondamentale anche nei corsi di medicina, che era infatti definita la "filosofia naturale" e il Medico, che è oggi "dottore in medicina e chirurgia", era un tempo "medicinae atque philosophiae doctor"; a sottolineare questo aspetto valga l'uso del detto Ippocratico: "Medicus Philosophus est Deo aequalis". Non può fare meraviglia che anche Dante Alighieri, filosofo e letterato, fosse iscritto all'Arte dei Medici e Speziali dal 1297. Non pochi medici portavano anche il titolo di "Dottori di grammatica"; il Medico doveva essere "doctus et expertus" non solo nell'Arte Medica ma anche depositario di una cognizione globale del mondo e dell'uomo. L'Arte ha sottolineato in più occasioni questa immagine "culturale" del medico e la crescente consapevolezza della dignità della professione.

Hans Von Gersdorff (1520), I santi Cosma e Damiano.

Accanto alle immagini dedicate al medico di famiglia, all'esercizio della chirurgia e della terapia farmacologia,

frequenti sono le immagini che riproducono i santi Cosma e Damiano nell'atto di eseguire un'indagine che fa parte della diagnostica di laboratorio: l'esame delle urine.

Uno dei santi è ripreso nell'atto di esaminare controluce l'ampolla con le urine mentre l'altro tiene nelle mani un vaso da farmacia a sottolineare la componente farmacologia.

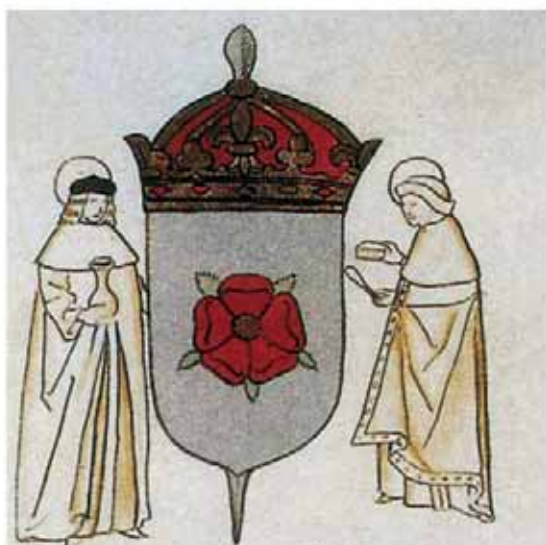


Miniatura del XIII secolo dedicata alla praeclarissima Arte medica.

Al centro l'immagine della medicina rappresentata da una donna con una spatola in mano ed un vaso

con i medicinali; su uno dei lati un medico che esamina le urine, a conferma dell'importanza che all'epoca rivestiva quest'indagine per la diagnosi clinica; la terapia è raffigurata dal secondo medico

che tiene in mano un vaso da farmacia. Si tratta questa volta dei santi medici Pandolfo e Pantaleone, considerati Patroni dei medici e dei malati, nell'abbigliamento consono al loro "status" professionale.



The sece of oure lord. at cecclary. at the going ovyn the lee of oure lough. loid knyg Wacey the vy. Ju to ferdynalle. Wyes aruys were genen on to the ante of furgeons of loundn the vii sece of his repugn. In the tyme of these Elapton was.

Stemma conferito nel 1492 da Enrico VII alla Corporazione dei Chirurghi di Londra.

Lo stemma è fiancheggiato dai santi Cosma e Damiano; uno dei santi tiene in mano una spatola ed un cofanetto di medicinali, l'altro un'ampolla con le urine per l'esame uroscopico.

I due santi sono raffigurati con ampio mantello, aureola e cappello in testa, come nella tradizione medioevale di chi esercitava l'Arte medica.



Consulto medico sulle urine

Fasciculus Medicinae Venetiis (1494).

Ancora il magico rituale dell'osservazione delle urine nell'ambulatorio del medico.

Il medico, in tonaca rossa, dà consulto; il seguito ossequioso fa pensare che si tratti di un insegnante di alto prestigio.

I pazienti portano in mano gli appositi contenitori per le urine (matule), concepiti di diversa grandezza a seconda dell'età del paziente.

La diagnostica di laboratorio nell'ambulatorio del medico

Illustrazione del XV secolo, Biblioteca Reale Albert 1°, Brussels.

L'esame delle urine nell'ambulatorio era considerato un elemento diagnostico fondamentale nella medicina medioevale e rinascimentale; nasceva il "Doctor's office".



La diagnostica di laboratorio al letto del malato

Fregio in terracotta, Giovanni della Robbia (1522), frontespizio

dell'ospedale del Ceppo di Pistoia.

Il Medico in visita all'ammalato è raffigurato con i simboli del suo "status" professionale

rappresentati dall'ampia tonaca e dal cappello in testa; a capo del letto un assistente nell'atto di esaminare l'ampolla con le urine, nasceva il "bed side laboratory".



La medicina ha goduto di una qualificata protezione

Se ci spostiamo in Orsanmichele, uno dei più tipici monumenti cittadini, fra i vari tabernacoli dedicati ai santi protettori delle varie Arti che fiorivano nella Firenze del Trecento, quello dei Medici e Speziali occupa un posto d'onore, vi troneggia non un Santo comune ma la Madre di tutti i Santi: la "Madonna con Bambino", che veniva invocata al grido di "Salus infirmorum". I colleghi della Firenze del Trecento, nella scelta del loro protettore, avevano mirato molto in alto; altrettanto in alto guardarono nella scelta dell'artista a cui commissionare l'opera: Luca Della Robbia. La nuova Arte medica godeva pertanto di una qualificata protezione.

L'aspetto chirurgico della nuova scienza

Nel Museo di San Marco troviamo una magnifica opera del Beato Angelico "Il miracolo della gamba del Moro". Abbiamo visto nella formella di Andrea Pisano la nascita dell'aspetto *diagnostico* della medicina, in questo caso il Beato Angelico vuole sottolineare un altro aspetto della nuova Arte emergente e cioè la *componente chirurgica*: vi compaiono i due santi taumaturghi Cosma e Damiano, che esercitavano la professione medica per carità, raffigurati nell'atto di trapiantare la gamba di un moro su un bianco.

È suggestivo sottolineare che l'Artista, cronista e anticipatore, nel momento in cui descrive la nascita della chirurgia la rappresenta con quello che è sempre stato il sogno prediletto dell'uomo: il trapianto di un organo. Cosma e Damiano nella loro sensibilità di santi si preoccupano anche di pareggiare il conto e riattaccarono al Saracino donatore la gamba malata tolta al diacono; Fernando del Rincón ha sottolineato, nell'opera qui riprodotta, anche questo passaggio.

Nasce il vero e proprio laboratorio d'analisi

Incisione su legno del XIV secolo, Strasburgo.

L'esame delle urine veniva eseguito anche in veri e propri laboratori d'analisi; sui palchi sono evidenziati i contenitori di urine con varie caratteristiche che servivano per il confronto. I pazienti portano con sé le urine in appositi recipienti di vetro posti in contenitori di vimini, le fiasche; due avventori hanno posato in terra

le fiasche e si stanno accapigliando forse per problemi di precedenza impazientiti dai lunghi tempi di attesa? L'Artista è un attento cronista e descrive con dovizia di particolari la cronaca ed i significati; informa, attraverso gli avventori ed i loro atteggiamenti, sulle molteplici possibilità diagnostiche attribuite all'epoca all'esame delle urine fra cui lo studio dei temperamenti (ipocondriaco, bilioso,

sanguigno, flemmatico); i due giovani che si accapigliano rappresentano il temperamento "bilioso" o "collerico"; il signore, alla sinistra dell'immagine, che assiste impassibile alla scena, rappresenta il temperamento "flemmatico"; l'uomo e la donna, raffigurata con un bambino in braccio, sono un evidente riferimento al significato che la Scuola salemmitana attribuiva all'esame delle urine per lo studio della fertilità di coppia.



Continua nel prossimo numero...



Liberating the NHS. Svolta shock nella sanità inglese

Il Servizio Sanitario Nazionale inglese
(National Health Service - NHS) cambia di nuovo.
Tutto il potere ai medici di famiglia e ai pazienti

“E’ un nostro privilegio essere i custodi del NHS, dei suoi valori e dei suoi principi. Il NHS è una grande istituzione nazionale. I principi su cui fu fondato sono importanti oggi come lo erano allora: gratuità nel punto di erogazione e accessibilità a tutti sulla base del bisogno e non sulla capacità di pagare. Ma noi riteniamo che possa migliorare molto – sia per i pazienti che per i professionisti”.

Con questo incipit si apre il Libro bianco pubblicato dal Ministero della sanità che, a sole sei settimane dall’insediamento del nuovo governo guidato dal leader conservatore David Cameron, preannuncia profondi cambiamenti nelle politiche e nell’architettura del NHS.

*Equity and excellence: Liberating the NHS*¹. Questo il titolo del documento che, in 57 pagine, illustra il piano che nei prossimi 3-4 anni dovrebbe “liberare” da lacci e laccioli il servizio sanitario inglese (il piano non si applica a Scozia, Galles e Irlanda del Nord), conferendogli più efficienza e qualità, e maggiore vicinanza ai pazienti.

La filosofia generale del progetto di riforma è sintetizzata nel seguente passaggio: “Le stanze dei bottoni del *National Health Service* (NHS) non saranno nel Ministero della sanità o negli uffici amministrativi perché il potere sarà affidato agli operatori sanitari e ai pazienti. Le stanze dei bottoni saranno negli ambulatori e nei reparti ospedalieri. **Il governo libererà il NHS dall’eccessiva burocrazia e dal controllo politico, e renderà più facile per i professionisti fare le cose giuste per e con i pazienti, innovare e migliorare i**

risultati di salute. Noi daremo vita a un ambiente dove il personale e le organizzazioni godranno di maggiore libertà e di più chiari incentivi a crescere, ma si misureranno anche con le conseguenze degli errori commessi nei confronti dei pazienti che devono servire e dei contribuenti che li finanziano”.

Il provvedimento più radicale (e subito il più dibattuto^{2,3,4} è certamente **l’abolizione (nell’arco di 2-3 anni) delle Strategic Health Authorities e dei Primary Care Trusts (PCTs)**; come se in Italia si cancellassero d’un tratto Regioni e ASL (senza ospedali). Particolarmente traumatica (anche in termini di perdita di posti di lavoro) è la chiusura dei PCTs, le strutture che attualmente gestiscono i servizi territoriali – comprese le attività dei medici di famiglia (*General Practitioners* - GPs) – e finanziano e commissionano le cure secondarie. La novità (una “novità” in parte già vista in passato) è che le funzioni di committenza e di relativo finanziamento delle cure secondarie (attività specialistiche e diagnostiche, e di ricovero ospedaliero) saranno trasferite ai GPs, ovvero a gruppi di GPs (*practice*) riuniti in Consorzi (è prevista la costituzione di 500 *GP Commissioning Consortia* in tutta l’Inghilterra). Questi **Consorzi di gruppi di Medici di famiglia** – che opereranno in collaborazione con altri professionisti e con la partnership delle comunità locali e delle autorità municipali – avranno il controllo dell’80% delle risorse del NHS.

Una volta usciti di scena i PCTs, le funzioni per così dire “pubbliche” del NHS (ricordiamo che i GPs sono, come in Italia, medici privati convenzionati) saranno svolte da una struttura creata ad hoc – *NHS Commissioning Board* – e dalle autorità municipali.

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità pubblica. Università di Firenze

¹ Department of Health, *Equity and excellence: Liberating the NHS*. Presented to Parliament by the Secretary of State of Health by Command of Her Majesty. July 2010.

² M. Roland, What will the white paper mean for GPs?, *BMJ* 2010; 341:c3985.

³ C. Ham, The coalition government’s plan for the NHS in England, *BMJ* 2010; 341:c3790.

⁴ K. Walshe, Reorganization of the NHS in England, *BMG* 2010; 341:c3843.

NHS Commissioning Board. Questo Comitato avrà tre principali funzioni:

a) Assistere i Consorzi nell'attività di committenza: predisposizione di linee-guida su come migliorare l'attività dei servizi (es: migliorare le dimissioni ospedaliere, ridurre i tempi di degenza prima di un intervento, massimizzare il numero delle operazioni in day-surgery); definizione di modelli di contratti; definizione della struttura delle tariffe e degli incentivi; definizione degli standard di qualità; supportare i sistemi informativi per la valutazione delle performance; contrastare le disuguaglianze nei risultati di salute;

b) Allocare le risorse ai Consorzi e controllarne l'utilizzo;

c) Promuovere il coinvolgimento dei pazienti e del pubblico nelle attività di committenza.

Local Authorities. Alle autorità municipali saranno trasferite le funzioni di sanità pubblica (vaccinazioni, screening, controllo delle malattie infettive, etc). I Comuni inoltre parteciperanno alla programmazione socio-sanitaria e al contrasto delle disuguaglianze nella salute. È previsto un incentivo, "*Health premium*", per promuovere la salute collettiva e per ridurre le disuguaglianze nella salute.

Sul versante dell'assistenza ospedaliera il Libro bianco conferma la scelta dei precedenti governi laburisti di semi-privatizzare gli ospedali, conferendogli il massimo dell'autonomia, accelerandone il processo: entro 2-3 anni tutti gli ospedali del NHS dovranno trasformarsi in Fondazioni (*Foundation Trusts*).

Una parte significativa del documento, forse la più originale e impegnativa, è dedicata al ruolo dei pazienti. Il titolo del capitolo "*Nothing about me without me*" è preso in prestito dal motto del Gruppo di Salisburgo, un'associazione internazionale nata per promuovere la centralità del paziente⁵. "**Nessuna decisione che mi riguardi deve essere presa senza di me**": il Libro bianco si impegna ad attuare il principio della libertà di scelta dei pazienti del luogo di cura e della condivisione con i pazienti delle scelte assistenziali (incluse quelle di fine vita, con l'offerta del supporto ai pazienti che desiderano avere una "buona morte").

Quella che viene promessa è una **vera rivoluzione nell'informazione**, che riguarda una serie di aspetti:

1. L'informazione ai pazienti a) sui propri **dati clinici** in possesso dei medici di famiglia e di altri provider; b) sulle **patologie**, sui trattamenti disponibili, sugli stili di vita, su come avere cura della propria salute; c) sull'**offerta dei servizi**, compresi i dati sulla qualità degli stessi, che devono diventare di dominio pubblico;

2. L'informazione da parte dei pazienti sulla loro esperienza di malattia, organizzata in forma di strumento di misura (*Patient-Reported Outcomes*

Measures - PROMs), utile come feed-back per il sistema sanitario. È prevista l'istituzione di tanti **Osservatori locali sulla salute** (*Local Health Watch*) che avranno il compito di raccogliere le osservazioni (e anche le lamentele) dei cittadini e di utilizzarle per definire la programmazione locale dei servizi;

3. L'informazione come nuovo modo di erogare l'assistenza. Saranno potenziati e diffusi i sistemi di comunicazione on-line in modo da rendere più efficienti e più comode le relazioni tra i pazienti e i loro curanti.

Aumentare le possibilità di scelta dei pazienti – chiarisce il Libro bianco – non è una strada a una sola direzione. In cambio di maggiore scelta e controllo sul sistema, i pazienti devono accettare la responsabilità per le scelte che compiono, l'aderenza ai programmi terapeutici e le implicazioni dei loro stili di vita.

Il Libro bianco è la cornice di un piano che va riempito di contenuti specifici, e infatti si conclude con un cronogramma fitto di scadenze. Nell'autunno 2010 sarà presentato in Parlamento il progetto di legge di riforma. Entro il 2013-14 il processo riformatore si dovrebbe concludere (con l'abolizione dei PCTs, con i GP Consortia che stipulano contratti con i providers e la trasformazione di tutti gli ospedali in Foundation Trusts).

Conclusione

Il nuovo governo conservatore-libdem con la fulminea pubblicazione del Libro bianco sulla sanità lancia **due messaggi**, uno nuovo e uno già visto.

Quello nuovo, e particolarmente promettente, riguarda l'impegno a mettere i pazienti al centro del NHS. È la prima volta che un sistema sanitario fa proprio lo slogan – "*Nothing about me without me*" – tipico dei gruppi più radicali in difesa della centralità dei pazienti. Sarà interessante vedere come sarà coniugato nella pratica, se sarà rivoluzione vera o se non sarà il pretesto per introdurre misure restrittive/punitive per coloro che si ammalano a causa dei loro stili di vita.

Quello già visto riguarda il trasferimento della committenza ai GPs. Portiamo indietro l'orologio di 20 anni e parliamo del "**Fundholding**" progettato dal governo Thatcher nel 1991. Il progetto fallì per l'ostilità dei medici e l'opposizione del partito Laburista, che vinse le elezioni nel 1997 cavalcando la protesta contro questa riforma. Ma il mondo è cambiato rapidamente e il Labour di Tony Blair con le sue riforme del 2003 e del 2006 ha spianato la strada alla completa liberalizzazione del NHS, progettata dall'attuale governo.

È una liberalizzazione radicale all'interno della cornice pubblica e universalistica, voluta dai fondatori del NHS. Lo conferma il Libro bianco che assicura la copertura finanziaria pubblica (in crescita) del sistema e la rinuncia a limitare i livelli di assistenza garantiti ai cittadini.

TM

⁵ Delbanco TL, Berwick DM, Boufford JL, et al. Healthcare in a land called peoplepower: nothing about me without me. *Health Expect.* 2001;4:144-50.



Medicina e alimentazione nelle Canarie in un'opera del Boccaccio

Le Canarie: isole dell'Atlantico, note come destinazione per le vacanze, sono state oggetto, in realtà, dell'interesse antropologico anche degli Antichi. In particolare, anche Giovanni Boccaccio ne rimase affascinato, dedicando loro un'opera in latino *De Canaria et insulis reliquias ultra Hispaniam in Oceano noviter repertis*, realizzata attraverso l'esame di alcune lettere inviate, da Siviglia a Firenze da parte di alcuni mercanti. Il testo di Boccaccio rimase inedito per quasi 500 anni, finché Sebastiano Ciampi, presbitero, filologo e slavista, nel 1826 la scoprì all'interno di un codice denominato lo "Zibaldone Magliabechiano", oggi conservato nella Biblioteca Nazionale di Firenze. Il Ciampi pubblicò il documento nel dicembre del 1826 nella *Antologia di Vieusseux* e, l'anno dopo, collocò l'opera nel volume *Monumenti d'un manoscritto autografo di messer Giovanni Boccaccio da Certaldo trovati ed illustrati da Sebastiano Ciampi*, che fu ristampata a Milano nel 1830, con il testo originale, accompagnato da una traduzione. Da quest'opera, è possibile evincere alcuni dati di interesse medico e antropologico. Gli isolani, infatti, erano generalmente di buona statura, ed inoltre davano una grande importanza all'educazione guerriera, che sviluppavano grazie anche alla passione, che nutrivano per gli esercizi fisici: salto, corsa, lancio di pietre: per fortificare le membra, spesso, si aggrappavano ad un albero fino ad organizzare una sorta di lotta. Questa educazione era finalizzata a sostenere la difficile vita nell'isola e per i numerosi scontri che spesso avvenivano tra le diverse tribù.

La costituzione così robusta degli aborigeni era tale che Boccaccio scriveva:

... non sono tonduti, et hanno lunghi et biondi i capelli sino quasi all'umbilico...

... in statura non passano la nostra; sono membruti, animosi et forti...

Una delle ragioni del loro vigore fisico era certamente legata all'alimentazione molto variata: gli aborigeni conoscevano molto bene l'agricoltura e l'irrigazione delle terre particolarmente secche. Coltivavano cereali, avvalendosi anche di corna di capre per arare

la terra, piantavano cereali e legumi; dall'orzo, ottenevano il loro principale alimento, il *Gofio*, che elaboravano macinandolo e tostandolo in vassoi di fango, per poi assumerlo da solo o mischiato con latte, acqua, burro o miele:

Il grano et le biade sono mancate da loro od a modo degli uccelli, od in farina, che mangiano senza pane farne, et beono acqua.

Si cibavano inoltre di frutti della foresta come lo yoya che proviene dall'albero del mocan, da cui producevano anche una sorta di miele, frutti di mare e pesce. Per quanto riguarda la pastorizia, avevano a disposizione pecore, capre e animali da cui ottenevano oltre alla carne, anche il latte, il formaggio e il burro.

A Lanzarote, il bestiame era molto diffuso...

che la isola prima ad essere trovata a miglia quasi CL di circuito, sassosa tutta, et selvosa et abbondante di capre, et altri bestiami,

ma anche a Gran Canaria.

Mangiano bensì frumento et orzo a giumentate, cascio, et carne, che ne hanno delle buone, et in buondato; bovi, cammelli, asini non ne hanno, ma capre molte et pecore et cinghiali.

Inoltre, a Gran Canaria, l'agricoltura era molto usata, specialmente in certe zone:

... e fatto il giro di fuori dell'isola, conobbero quella essere molto meglio coltivata nelle parti del settentrione, che in quelle del mezzodì,

mentre in altre vi era una forte presenza di fichi, datteri e verdure.

Vidervi case molte, fichi, et alberi, et palme sterili dei dattili, et ortaglie, et cavoli et erbaggi buoni da essere mangiati.

Si trattava di isole molto ricche per quanto riguarda l'alimentazione,

... fichi secchi, buoni che pareano di que' da Cessena, entro a sporte di Palma, et frumento assai più bello che'l nostro, avendo li grani più lunghi et grossi, et sendo anche più bianco; et similmente dell'orzo, et altre biade di che quelli abitatori viveano,

e ancora,

È quest'isola ripiena d'habitatori, et benissimo coltivata, et vi ricolgono grano, biade, frutta, e più di qualunch'altra cosa, fichi.

Dal punto di vista dell'approccio medico, secondo gli Aborigeni delle Canarie, poteri magici risiedevano in un essere supremo, eterno, onnipotente, che castigava i cattivi e premiava i buoni. La malattia aveva, quindi, un'origine divina. Per placare la malattia mandata da uno spirito, si ricorreva ad olocausti e sacrifici organizzati dalla persona che possedesse maggiore autorità e influenza sui demoni, così che la figura del sacerdote e del medico coincidevano. Per sradicare il demone dal corpo umano, il medico-sacerdote si presentava per l'occasione sotto le sembianze più terrorizzanti, adottando l'aspetto di un animale fantasioso, provvisto di denti aguzzi, corna, unghie affilate, rivestito di pelle di rettile portando all'estremo i gesti, le

grida, le maledizioni o imprecazioni unite al rumore di diversi strumenti sonori. In questa sorta di pantomima, spesso compariva colui che era atto ad addormentare mentre il medico, delirante insieme ad un ballerino, compiva la sua parte.

Al sorgere di un'epidemia, tutta la tribù partecipava al tentativo di espellere i demoni. A tal proposito, uomini e donne correvano all'interno del villaggio brandendo lance, sguainando spade, battendo sugli scudi, urlando, suonando i tamburi. All'interno delle abitazioni dove giacevano i malati, veniva legata una corda composta da foglie di palma che dal tetto scendeva al suolo o verso l'albero più vicino, in modo tale da permettere la fuga rapida dello spirito.

Per prevenire un nuovo attacco, gli abitanti facevano uso di amuleti o talismani. I primi, costituiti generalmente da parti di ossa del cranio, da denti di un morto, da pezzi di carbone, da corna, da ceramica, si appendevano al corpo del malato. I secondi erano in realtà altri amuleti, ai quali, però, gli abitanti tenevano in maniera maniacale, tanto da portarli sempre con loro.

In generale, quindi, la Medicina delle Canarie, prima dell'avvento della Corona Spagnola, conferma un carattere "primitivo", fondato sulla presenza di magia e religione. Nella visione di Boccaccio, queste isole, allora apparentemente così lontane, dovevano rivestire un particolare fascino, tanto da diventare oggetto di un'opera insolita, che consente di rivisitare anche un Boccaccio poco conosciuto.

Bibliografia

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

TM

Letti per voi / Libri ricevuti

Toscana Medica 7/10



Sicurezza dei pazienti e gestione del Rischio Clinico in Medicina Complementare

REGIONE TOSCANA

(Agenzia per la Formazione - Azienda Usl 11 - Empoli)

Documenti del Corso di formazione (Empoli, ottobre 2009)

Supplemento n. 18 MC Toscana Coordinamento editoriale: Mariella Di Stefano

Che il confronto fra medicine non convenzionali e tradizionali non debba ridursi a una mera lotta per l'affermazione di una superiorità lo ha dimostrato questo corso di formazione, in cui gli organizzatori hanno voluto trattare le medicine complementari con gli stessi criteri della medicina ufficiale. La stessa Regione Toscana ha avviato e sviluppato un processo di

integrazione che ha trovato nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 un momento di importante sintesi.

Un invito a leggere questi atti pubblicati a maggio per integrare al meglio le proprie conoscenze in una materia medica e politica piuttosto delicata.

Bruno Rimoldi



Tanto è un attimo...

Rientrando a casa dopo una giornata di lavoro, un familiare mi chiede di correggere una ricetta per una prenotazione specialistica pregandomi di appor-
tare la dicitura *urgente-prioritario* per poter usufruire prima della prestazione; faccio presente che non è corretta una tale pratica dal punto di vista di un idoneo e civile comportamento e che se si usasse questa definizione per tutti, le urgenze vere non esisterebbero in quanto mascherate da quelle presunte: inizia, come sempre in questi casi la discussione relativa alla reale o presunta gravità della malattia (della serie “ma a me mi fa male...” – “*ma se non facesse male non avresti bisogno della prestazione il problema è quanto è urgente*” – “ma che ti costa scrivercelo tanto **è un attimo**. Poi mia moglie mi chiede, mentre si mangia, di leggerle e commentare gli esami che ha fatto, tanto **è un attimo**.

Il problema è che quell'attimo è diventato un quarto d'ora, che ho ceduto per disperazione perché non diventasse mezz'ora e che di attimi come quelli durante il giorno ne ho un centinaio... praticamente sempre, quando mi affaccio nel corridoio o vado al bar o alla Coop: **l'attimo non è mai un attimo** perché comporta un procedimento mentale che per essere corretto richiede tempo e, anche ci volesse un minuto, – **cento attimi in un giorno sono un'ora e quaranta..**

Il problema è che abbiamo tutti fretta e che a tutti sembra che il proprio problema sia **un attimo prioritario**.

Con l'aumentare delle incombenze certificative ci sono poi gli attimi burocratici che lungi dall'essere ridotti dalle recenti disposizioni ministeriali sulla certificazione di malattia on line, che a molti piace perché avranno da perdere **meno attimi** per andare a fare la raccomandata alla posta (risparmiando anche dei soldi..), ma perderanno **molto di più attimi** per poter adempiere a tali pratiche secondo le nuove modalità: innanzitutto c'è da dire che, se le cose non cambiano, per poter fare un certificato di malattia on line occorre, se c'è la linea, collegarsi ad Internet, immettere la password, immettere il proprio tesserino identificativo nel pos (la buchetta simile a quella delle carte di credito), poi immettere la vostra che nel frattempo vi è arrivata come codice fiscale con il microchip. Il problema sarà poi per gli ambulatori periferici dove Internet non c'è o peggio per le visite a domicilio dove tutti i macchinari per la spedizione on line non ci sono, dovrete pertanto venire **un attimo** giù all'ambulatorio principale, facendo **un attimo di fila** dopo aver trovato **un attimo il parcheggio**, per poter registrare il tutto; a meno che non diate

la vostra tesserina al dottore, sperando che non la perda fra le 20 che dovrebbe ritirare ogni giorno, perché lui dopo cena perda **un attimo per registrarla**.

Comunque poi dovrete venire **un attimo** a riprenderla.

A proposito, dovendo infine inserire la tessera sanitaria nel computer

per avere il certificato di malattia *non potrete più tentare senza riuscirci, perché queste cose non si fanno (anche se dal display del numero telefonico si vede che siete a casa - peggio se usate il cellulare)*, di telefonare al dottore chiedendo magari da San Baronto il certificato di un giorno perché avete il solito attacco di emicrania o le mestruazioni dolorose ma, con l'emicrania o le mestruazioni dolorose, dovrete comunque venire **un attimo** giù in ambulatorio.

Fra le tante novità previste dai nostri governanti, ci sarebbe anche quella di indicare sulla ricetta il tipo di malattia per cui quel farmaco è stato prescritto, ma non citando la malattia per nome perché c'è la privacy ma con un numero (codice ICD9) perché possiamo essere tutti controllati elettronicamente come nel Grande Fratello di Orwell (non quello di Canale 5...): risultato 1) se vi devo prescrivere un antibiotico per un ascesso al ditone del piede ma sul bugiardino di quel farmaco c'è scritto che serve per l'ascesso delle tonsille **dovrete un attimo comprarvelo** a meno che il dottore non metta il codice delle tonsille, cosa che non può fare perché rischierebbe l'incriminazione penale per falso; risultato 2) da qui in avanti vedrete il dottore arrivare a casa tecnologicizzato con il telefonino al collo, il viva voce bluetooth all'orecchio (così il polmone potrà sentirlo con un orecchio solo e quindi un polmone per volta perdendo **qualche attimo**), con il computer in una mano, la borsa nell'altra mano, i fili per caricare le batterie di tutto quanto all'accendisigari della macchina nel taschino, ed il pos per il certificato e la chiavetta internet per il collegamento nella tasca dei pantaloni vicino al fazzoletto magari moccicoso perché anche lui ha diritto **un attimo** di soffiarselo il naso.

Se poi, come prospettato, dovrà anche controllare le vostre esenzioni per reddito, avrà anche l'obbligo di portare, **un attimo in equilibrio sulla testa**, l'elenco delle dichiarazioni vere o presunte dei contribuenti di Lamporecchio con una calcolatrice per fare **un attimo le somme** perché il reddito valido per l'esenzione è quello familiare e non individuale. Alla fine il dottore più bravo, agli occhi di chi ci governa (ma che magari dal dottore non ci va mai perché ha altri modi per accedere alle cure), sarà quello che avrà inserito tutti i dati statistici correttamente nel computer, magari senza avervi visitato **neanche un attimo**.

TM

Ancora sul drago di Montelupo

Gentile Direttore, le considerazioni, che Le invio, rappresentano una doverosa necessità di dare una corretta, e più completa, informazione riguardo i fatti che sostengono le affermazioni riportate nella lettera del dr. Catola (Toscana Medica 8/2010).

Il Drago di Montelupo, la figura simbolica ricordata, è scaturita da un progetto regionale dove l'impegno di tutti gli operatori sanitari, dei volontari, delle Associazioni e degli Enti locali stessi, insieme ai pazienti, i primi e più importanti protagonisti, ha consentito di dare voce ai bisogni dei pazienti stessi indirizzati alla riacquisizione del diritto di cura, ad un trattamento meno penitenziario e più rispettoso della dignità individuale, a maggiori opportunità di lavoro.

In poche parole, come sinteticamente si "cantava" tutti insieme, "Giustizia" (trattamento di cura più giusto), e "Libertà" (un trattamento meno restrittivo penitenziario).

Da quell'iniziativa che ha coinvolto gioiosamente la Comunità di Montelupo, e non solo quella, sono scaturite esperienze importantissime che ricordo in parte:

- un Centro di accoglienza esterno all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) dove i pazienti possono trascorrere parte del tempo, previo autorizzazione del Giudice di Sorveglianza, per socializzare e fare attività riabilitative;
- una Cooperativa di lavoro che ha dato possibilità ai pazienti dell'OPG di lavorare in una condizione di parità con altri soci;
- progetti ed esperienze interne all'Istituto per aprire sempre più spazi nei reparti di libertà e di autonomizzazione dei pazienti (apertura delle celle dei reparti, utilizzo degli spazi verdi interni dell'Istituto);
- non per ultimo, iniziative convegnistiche, ospitate dall'OPG, che nel 2007 hanno portato all'emanazione di una norma della Legge Finanziaria da cui è scaturito il DPCM 1-4-08 che ha affidato al Servizio Sanitario Nazionale le competenze di cura delle persone detenute ed internate.

Il vero senso di questo provvedimento di Legge, voluto ed emanato dal Governo Prodi ma proseguito dall'attuale Governo, per quanto riguarda gli OPG deve condurre ad un superamento delle attuali strutture penitenziarie per arrivare alla costituzio-

ne di strutture regionali, di più ridotte dimensioni, caratterizzate da una totale gestione sanitaria, a cura dell'USL, e da una sorveglianza perimetrale affidata all'Amministrazione Penitenziaria.

Il percorso per mettere in atto questo cambiamento di non poco conto sarà sicuramente com-

plesso e richiederà tempo. Questa fase intermedia, caratterizzata dalla separazione delle competenze per cui la Direzione dell'Istituto Penitenziario (tale è in effetti l'OPG) decide autonomamente quali siano le condizioni per regolare la vita dell'Istituto (ambienti dove fruire l'ora d'aria con le relative scansioni orarie e le modalità, gestione delle pulizie ambientali, della cucina, invio di internati senza rispetto dell'effettivo numero di posti letto ed altro).

Per avere garanzie su questi aspetti il dialogo, stringente e serrato, con la Direzione Penitenziaria è frequente e spesso conflittuale ma non può essere attribuita alla USL responsabilità per scelte che sono di preminente ed esclusiva competenza penitenziaria.

Tale condizione, rilevata anche chiaramente dalla recente visita della Commissione parlamentare presieduta dall'On. Marino, non può che spingere tutti i soggetti interessati, tecnici del settore o altri a lavorare per attuare in maniera più sollecita e completa possibile il percorso di superamento dell'OPG Penitenziario, come è attualmente organizzato, per costituire strutture di cura, a carattere residenziale, con livelli di assistenza a diverso gradiente di assistenza e di sicurezza, come in altri Paesi europei accade.

Personalmente sono impegnato sia nel tavolo regionale, che si occupa di individuare le forme di superamento dell'attuale struttura, sia nel Comitato paritetico nazionale che monitora l'attuazione del DPCM per quanto riguarda il superamento degli OPG e posso affermare che i principi di "giustizia e di equità dei diritti", sanciti dal DPCM 1-4-08, non sono messi in discussione.

Concludo ricordando che il dr. Catola fa parte dell'articolazione organizzativa dell'USL 11 che opera all'interno dell'OPG ed è pertanto pienamente autorizzato a rappresentare le esigenze dei pazienti.

Il processo di deistituzionalizzazione nel trattamento della malattia mentale e di abbattimento delle barriere e dei pregiudizi nei confronti dei malati di mente è più forte, e sorretto da incompressibili principi di civiltà.

TM

FRANCO SCARPA

Direttore UOC "Salute in Carcere" USL 11 Empoli

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

A proposito di depressione e Collaborative Care

Caro Direttore, intervengo a proposito dell'articolo di Giuseppe Corlito sulla depressione come malattia cronica (Toscana Medica 5, 2010) e del dibattito che ne è seguito. Mi sembra di grande interesse che si apra una discussione sull'opportunità di orientare le risorse in una direzione centrata sugli interventi precoci (in questo senso naturalmente non solo rispetto alla questione della depressione) e che si consideri l'importanza decisiva di una collaborazione tra i Servizi per la Salute mentale e la medicina generale. Condividendo l'impostazione di fondo vorrei di seguito contribuire brevemente al dibattito aggiungendo qualche elemento di riflessione dal versante di chi opera nei servizi per la salute mentale.

Si è assistito nel tempo ad un aumento della domanda di intervento, anche motivata da una impropria espansione della diagnosi di depressione applicata a categorie di disagio spesso non connotabili neppure nell'ambito psichiatrico (ma in qualche modo ciò può essere coerente invece con l'evoluzione dei servizi da servizi di psichiatria a servizi per la salute mentale). A questo aumento di domanda si è aggiunta la necessità di fare i conti con l'oggettiva riduzione di risorse che negli ultimi anni ha condizionato spesso la capacità di risposta dei servizi suggerendo, forse, interventi maggiormente semplificati (ad esempio di tipo esclusivamente farmacologico) anche perché meno impegnativi e collusivi con le aspettative "più magiche" dei pazienti (e con altri interessi in campo, ad esempio quelli delle case farmaceutiche).

D'altra parte la costituzione ed il consolidamento (peraltro ancora in corso) di servizi per la salute mentale multiprofessionali ha consentito di valorizzare ed apprezzare i vantaggi di interventi di équipe nei quali più operatori sono coinvolti nel progetto terapeutico individuale ciascuno con il proprio specifico ruolo.

È bene considerare tuttavia che l'attuale distribuzione delle risorse umane (ed economiche) all'interno dei servizi per la salute mentale prevede un assetto centrato prevalentemente sugli aspetti sanitari di tipo medico (più ospedale che territorio, più psichiatri che psicologi, più infer-

mieri che educatori o assistenti sociali) rispetto a quelli psicologici, riabilitativi e sociali. Questa distribuzione delle risorse risente, oltre che di elementi storici, anche di aspetti di tipo clinico: globalmente, rispetto ad un gradiente evolutivo 1) gestione della cronicità, 2) gestione della fase

acuta di malattia, 3) gestione attività sanitarie di comunità, 4) prevenzione e promozione della salute, noi possiamo collocare i nostri servizi, pur con oscillazioni territoriali, come centrati tra il punto 2) e il punto 3) (con qualche punta arretrata tra l'1) e il 2) e qualche punta avanzata nella quale il punto 4) non è completamente irrilevante dal punto di vista delle risorse investite – si vedano gli studi presentati in occasione dei congressi di Firenze (ottobre 2007) e di Montecatini (giugno 2009) del Coordinamento degli Psichiatri Toscani –.

In un sistema isorisorse (a patto che sia intanto chiaro che non ne saranno erose altre) spostare l'asse dei nostri interventi sui punti 3) e 4) significa modificare l'assetto dei servizi inducendo un virtuoso spostamento di risorse dai punti 1) e 2). Ciò è tanto necessario quanto estremamente difficile in un clima generale di aumentata difficoltà a tollerare diversità e marginalità, condizionato dalla crisi strutturale del sistema del welfare europeo, ed attraversato, come sempre in periodi di crisi, da un'aumentata domanda di sicurezza e di controllo sociale che non può non investire l'area della salute mentale. Posto comunque che questa sia la direzione da prendere (ed in piena coerenza con quanto sostiene Corlito per il tema della depressione) voglio però sottolineare che la collaborazione con la medicina generale, anche nel caso della *collaborative care*, dovrebbe avvenire avvalendosi delle figure professionali idonee, ossia prevalentemente psicologi in questo caso, non cedendo alla possibile risposta di fare con ciò che si ha, ma puntando davvero ad una risposta di maggiore qualità, magari cominciando coerentemente a rivedere, in una logica di investimenti sulla prevenzione e la promozione della salute (e quindi sugli interventi precoci), le proporzioni percentuali delle varie categorie professionali presenti nei servizi per la salute mentale (ad esempio forse un po' meno infermieri e un po' più psicologi?). Spero che il dibattito continui. **TM**

STEFANO CASTAGNOLI

*Psichiatra, Responsabile MOM SMA 11 ASL 10 Firenze
Coordinamento Psichiatri Toscani*



Certificato medico per patenti di guida

In merito alle nuove disposizioni che hanno riformato il Codice della Strada, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici fa presente che le modalità degli accertamenti clinico-tossicologici da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti e il modulo di certificato medico saranno individuati con decreto del Ministero della Salute, di concerto

con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti. In attesa della nuova regolamentazione, i medici dovranno attenersi a quanto previsto dall'art. 24 del Codice Deontologico che così recita: "Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è te-

nuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti". La Federazione Nazionale è in contatto con i suddetti Ministeri per monitorare la progressione del regolamento e fornirà le indicazioni opportune non appena disponibili.

Titoli per la medicina del lavoro

Il nuovo Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro (D.Lvo 81/2008) prevede che i medici specialisti in igiene o in medicina legale possano svolgere le funzioni di medico del lavoro solo dopo aver frequentato appositi percorsi formativi universitari da definire tramite decreto del Ministero dell'Università di concerto con il Ministero della Salute. Ad oggi tale decreto attuati-

vo non è stato ancora emanato e vi è incertezza circa la possibilità, per questi medici, di poter svolgere o meno le attività di medico del lavoro. Per cercare di chiarire questa situazione, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha inviato una nota al Ministero della Salute per chiedere se, nelle more dell'emanazione del decreto attuativo, gli specialisti in

igiene o in medicina legale, che hanno conseguito la specializzazione dopo l'entrata in vigore del Decreto 81/2008, possano o meno svolgere le funzioni di medico del lavoro e, quindi, possano o meno essere iscritti nell'elenco nazionale dei medici competenti. Si auspica una sollecita risposta da parte del Ministero.

Le leggi son ma chi pon mano ad elle?

ANTONIO PANTI

Di recente, come se non ci fossero abbastanza denunce di pretesa o reale malasanità, è scoppiato un altro scandalo per presunti illeciti nella sperimentazione di farmaci biologici sponsorizzate da alcune aziende farmaceutiche. Un fatto che getta una pessima luce su un momento delicato dell'agire medico, quando si provano nuovi farmaci per gravi malattie, e che, se comprovato, getta un'ombra di discredito sulla categoria.

L'Ordine, cui spetta la tutela della deontologia professionale, sta assumendo iniziative d'intesa con la Regione, cui spetta la tutela della salute della cittadinanza. Il risultato di queste iniziative vuol essere di garantire al meglio l'applicazione delle norme vigenti, che già rappresentano un corretto insieme di precauzioni rispetto al cosiddetto conflitto di interesse, nel quale vive immersa la medicina moderna, e di individuare nuove regole che colmino alcuni vuoti della normativa.

Insomma, come nel verso dantesco, tuttora sussiste il problema di applicare le norme esistenti piuttosto che di crearne di nuove. Inoltre l'Ordine deve impegnarsi in un'opera di informazione dei medici al fine di aumentarne la consapevolezza deontologica.

Tutto ciò senza dimenticare che i medici operano nella stragrande maggioranza dei casi in piena onestà intellettuale e che, eventuali presunti illeciti, riguardano solo e soltanto i singoli. L'industria chimica è stata spesso troppo attenta al marketing, forse distratta rispetto al codice etico di cui si è dotata. Tuttavia le scoperte della farmacologia moderna hanno consentito una buona parte del progresso della medicina e del guadagno di salute della popolazione.

ERRATA CORRIGE

Gli autori dell'articolo pubblicato sul numero di settembre 2010 di Toscana Medica dal titolo "Chi è l'internista oggi" sono il Prof. Giancarlo Berni e il dr. Carlo Nozzoli.



Verso l'autonomia degli odontoiatri

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Salute, presenterà al Parlamento un disegno di legge che contiene numerose disposizioni in materia sanitaria. Tra le tante misure previste dal provvedimento, quelle che riguardano il settore odontoiatrico prevedono che venga istituito un Ordine

specifico per la professione odontoiatrica, nel rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli albi dei medici chirurghi e degli odontoiatri, fermo restando l'obbligo di iscrizione per l'esercizio specifico della professione e l'abrogazione delle attuali norme che indicano il diploma di specializzazione in odontoiatria quale

requisito necessario per accedere al profilo professionale dirigenziale di odontoiatria e per il conferimento dell'incarico di responsabile di struttura complessa del Servizio Sanitario Nazionale. Il disegno di legge passa ora all'esame parlamentare.

Aborto: i limiti precisi dell'obiezione di coscienza

Una Azienda Sanitaria ha pubblicato i turni vacanti per la specialistica ambulatoriale nella branca di Ginecologia, specificando che potevano concorrere all'assegnazione dei turni solo i medici che non avessero manifestato obiezione di coscienza ai sensi della legge sull'interruzione volontaria della gravidanza. L'Azienda motivava questa scelta dal fatto che i medici dovevano operare presso i consultori, dove la quasi totalità dei professionisti era obietttore e ciò faceva insorgere problemi assistenziali in quanto si verificavano rifiuti anche nella prescrizione di contraccettivi, con ciò

mettendo in discussione la stessa funzionalità dei consultori. Tuttavia questa posizione dell'Azienda è stata ritenuta illegittima dal TAR della Puglia (sentenza n. 3477 del 14/09/2010) perché, hanno affermato i giudici, all'interno dei consultori non si pratica materialmente l'interruzione volontaria della gravidanza (per la quale unicamente opera l'obiezione), bensì soltanto attività di assistenza psicologica e di informazione/consulenza della gestante ovvero vengono svolte funzioni di ginecologo che esulano dall'iter abortivo e quindi attività e funzioni che qualsiasi medico

(obietttore e non) è tenuto ad espletare senza che possa invocare l'esonero medesimo. Peraltro l'esonero di cui all'art. 9 legge n. 194/1978 per gli obiettori, riguarda esclusivamente le procedure e le attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, non già l'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Se poi qualche medico, conclude il TAR, abusa del diritto all'obiezione, astenendosi dall'attività consultoriale, ne risponde sotto il profilo penale come reato omissivo e sotto il profilo disciplinare.

Circolare ministeriale sui certificati di malattia telematici

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici informa che il Ministro per la Pubblica amministrazione e l'Innovazione Renato Brunetta ha emanato una nuova circolare in materia di trasmissione telematica dei certificati di malattia. La circolare fornisce alcuni chiarimenti sull'ambito di applicazione della disciplina. In particolare, per quanto riguarda il regime sanzionatorio, la circolare dà conto del fatto che l'apposita commissione, istituita per valutare la funzionalità del sistema, ha evidenziato "segnalazioni di difficoltà applicativa sotto il profilo organizzativo, sia in ambito ospedaliero che territoriale, per le quali vanno previste soluzioni da porre in atto in tempi brevi nella fase di compiuta ottimizzazione". Pertanto, fermo

restando l'obbligo per i medici di trasmettere i certificati per via telematica, "per il periodo transitorio - sino al 31 gennaio 2011 - durante il quale le più rilevanti criticità dovranno essere affrontate, è opportuno che le Amministrazioni competenti si astengano dalla contestazione degli addebiti specificamente riferiti all'adempimento". Inoltre la circolare prevede che in questa prima fase di avvio della procedura telematica, sono esclusi dall'obbligo dell'inoltro telematico i medici addetti al Pronto Soccorso, in considerazione del fatto che le procedure standardizzate nei DEA al momento non consentono l'integrazione con la certificazione di malattia. Ancora: la circolare prevede che per il momento resta in vigore il certificato di malattia

cartaceo per i lavoratori pubblici non contrattualizzati, cioè per i dipendenti delle Forze Armate e di Polizia e dei Vigili del Fuoco, per i magistrati, gli avvocati dello Stato, i professori universitari, il personale diplomatico e prefettizio. Infine la circolare ricorda che di norma il datore di lavoro non è tenuto a conoscere la diagnosi della malattia del lavoratore, per ovvi motivi di privacy. Tuttavia in alcuni casi il lavoratore può avere interesse a far conoscere la diagnosi al proprio datore di lavoro al fine di poter godere di specifici benefici contrattuali. In questi casi la circolare afferma che il medico è legittimato ad indicarla, utilizzando a questo scopo il campo dedicato alle "note" presente nella procedura telematica.

Pagamento contributo ENPAM quota B

La Fondazione ENPAM, come ogni anno, sta procedendo alla riscossione del contributo dovuto alla "Quota B" del Fondo di previdenza Generale sui redditi professionali (o equiparati) prodotti nel corso dell'anno 2009. Acquisiti i dati comunicati dagli iscritti con i modelli D 2010 (che dovevano essere inviati entro lo scorso 31 luglio), l'ENPAM ha determinato l'importo del contri-

buto dovuto e ha emesso i bollettini MAV. Il pagamento deve essere effettuato in un'unica soluzione entro il 31 ottobre e comunque non oltre il termine indicato sul bollettino MAV precompilato. Unitamente al MAV l'ENPAM invia un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo posto in riscossione. Il mancato ricevimento del bollettino non es-

nera dal pagamento del contributo. In tal caso, difatti, è possibile contattare la Banca Popolare di Sondrio al numero verde 800.24.84.64, la quale provvederà all'invio di un duplicato del MAV, ovvero fornirà le istruzioni necessarie per effettuare comunque il pagamento di quanto dovuto entro i termini.



CONVEGNI E CONGRESSI

III CONVEGNO TOSCANA CEFALÉE

Il **27 novembre p.v.** presso la Aula Magna della Facoltà di Medicina e Chirurgia, dell'Univ. di Pisa si terrà il convegno dal titolo Le Cefalee "più croniche" dal medico di medicina generale allo specialista. Temi trattati: La gestione delle Cefalee Croniche, il ruolo del CGRP nell'emigrania, i contributi alla gestione della Cefalea Cronica e la Cronicizzazione è prevedibile e prevenibile? Presidente: Luigi Murri, Coordinatore: Pierangelo Geppetti. Iscrizioni e informazioni: Segr. Org.va Promo Leader Firenze Chiara Billi tel: 055-2462265, e-mail: chiara.billi@promoleader.com

CORSI E SEMINARI

RISK MANAGEMENT NELL'IMPLEMENTAZIONE DI SISTEMI RIS-PACS IN PROGRAMMI DI SCREENING MAMMOGRAFICO

Il seminario si terrà il **10 novembre 2010** presso la Sala Incontri di Villa delle Rose, Via Cosimo il Vecchio 2; Responsabili Scientifici Dr. Paola Mantellini e Dr. Barbara Lazzari. Il Seminario si propone di analizzare in dettaglio le problematiche connesse con le fasi di installazione, di introduzione nella routine clinica e di gestione a regime dei sistemi RIS-PACS per mammografia clinica e di screening. Saranno inoltre analizzate le caratteristiche tecniche di tali sistemi, le criticità relative alla sicurezza dei dati conservati in formato digitale e verrà inoltre presentata la legislazione in materia di conservazione sostitutiva dei dati e firma digitale. Al Seminario, accreditato E.C.M. con il Sistema Regionale per Medici, Fisici e Tecnici sanitari di radiologia medica, sono stati assegnati n. 5 crediti formativi. Ai sensi del punto n. 7 dell'Accordo tra il Ministero della Salute e le Regioni del 13 marzo 2003 "I crediti maturati dai singoli professionisti nell'ambito delle iniziative di formazione continua accreditate dalle Regioni sono Info ed iscrizioni: Barbara Mengoni, Formazione Esterna - Coordinatore - ISPO, Firenze Tel. 055 32697968 - Fax 055 32697971 e mail: formazioneesterna@ispo.toscana.it.

LEZIONI INTORNO AL PIANETA SALUTE. II° EDIZIONE PERCORSO FORMATIVO SULLA CULTURA DELLA SALUTE NEL TERZO MILLENNIO

Il corso intende esplorare le nuove dimensioni del concetto di salute alla luce delle trasformazioni economiche, sociali, culturali, ambientali intervenute negli ultimi trent'anni; Delineare l'evoluzione storica dei sistemi sanitari con un particolare approfondimento di alcune esperienze internazionali (USA e Cina) e delle realtà nazionale e regionale toscana; Individuare le strategie per dare impulso alla sanità d'iniziativa e per mettere le persone al centro dell'organizzazione sanitaria; Esaminare la relazione tra giustizia sociale e stato di salute della popolazione; Individuare le strategie e le azioni di contrasto nei confronti delle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria a livello internazionale e locale. Il corso si compone di 4 giornate di attività didattica, ognuna delle quali della durata di 7 ore (9/13-14/17). Date: **19 Novembre 2010, 24 Novembre 2010, 1 Dicembre 2010, 15 Dicembre 2010**. Il corso, a cura di M.J. Caldés e G. Maciocco, è rivolto a Politici, amministratori di Comuni, AOU, ASL e SdS, leader di ordini professionali, organizzazioni sindacali, società scientifiche e organizzazioni non governative operanti nell'ambito della cooperazione sanitaria. La partecipazione al corso è limitata a n. 50 partecipanti, fino ad esaurimento posti. La sede del corso è Villa La Quiete alle Montalve, Via Di Boldrone, 2. Firenze. Inviare la scheda di iscrizione a: Ordine dei Medici, Via G.C. Vanini, 15, 50129 FIRENZE. Tel. 055.496522 int. 3 (Monica Marongiu). Fax 055.481045. E-mail relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it.

EUNOMIA SANITÀ

Eunomia Sanità è un corso di alta formazione di politiche per la salute. È finalizzato a elevare le competenze di chi, a vario titolo, ha responsabilità di governo di istituzioni che si occupano della promozione e tutela della salute del cittadino. Eunomia Sanità 2010, che si terrà il **16 dicembre 2010**, prevede una serie di incontri, workshop e lezioni di alto profilo, volti a sollecitare proposte innovative di sanità integrata, rispondenti alle esigenze dei cittadini e finalizzate alla costruzione di un modello sempre più efficiente di pubblica amministrazione, nel sistema dei rapporti tra pubblico e privato. Questa Seconda edizione sarà incentrata sul seguente filone tematico: "Sanità e federalismo: quali percorsi?" ed è in collaborazione con l'Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana e ANCI Toscana. Info: www.eunomiaonline.it. - Segr. Org.va: 055.47891322.

TERAPIE MEDICHE INNOVATIVE IN ONCOLOGIA

Nei giorni **12 e 13 novembre 2010** si terrà a Firenze presso il Chiostro del Maglio (Via Venezia 5) il III Congresso del Gruppo Oncologico Chirurgico Cooperativo Italiano (G.O.C.C.I.). Il Congresso ospiterà esperti di rilievo nazionale ed internazionale che faranno il punto sulle più recenti innovazioni terapeutiche nel settore della terapia medica e dei trattamenti integrati in oncologia. Saranno affrontate in un ambito multidisciplinare le tematiche dell'impiego razionale dei nuovi chemioterapici con bersagli molecolari specifici nella ricerca clinica e nella pratica medica con particolare riferimento alla loro integrazione con le terapie più tradizionali. Per informazioni ed iscrizioni: Segreteria Organizzativa: OIC s.r.l. - Sig.ra Annalisa Bastini (tel 055-5035320 - fax 055-5001912 - a.bastini@oic.it); Segreteria Scientifica: Unità di Chemioterapia, Dipartimento di Farmacologia, Università degli Studi di Firenze (tel 055-4271306 - fax 055.4271265).



BACHECA

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

COLLABORAZIONI TRA MEDICI

- Odontoiatra laureato da cinque anni, specializzando in ortodonzia si propone per collaborazioni in conservativa, ortodonzia, pedodonzia e chirurgia estrattiva di base. Contattare il 333.8862275.
- Odontoiatra con cinque anni di esperienza in conservativa, endodonzia (nikel-titanio), pedodonzia, protesi fissa e mobile offre propria collaborazione presso studi dentistici di FI, PO, Empoli, PT. Cell. 340.8658997.
- Odontoiatra con esperienza triennale in igiene, conservativa, endodonzia, pedodonzia, chirurgia estrattiva di base, offre la propria collaborazione in studi di PT, FI, PO. Cell. 345.2271992.
- Odontoiatra, specialista in ortognatodonzia mobile -fissa-adulti-bambini, (attuo scrupolosamente il protocollo diagnostico), si rende disponibile per consulenze e collaborazioni serie e durature (comprese sostituzioni per maternità) in questa specialità e nella branca pedodontica, in Toscana e regioni limitrofe. Per curriculum contattare: 392.8079292.
- Odontoiatra competente, laureato dal 2007, specializzato in conservativa, endodonzia, protasi fissi, pedologia, igienista, e estrazione con esperienza di 3 anni, cerca lavoro full-time o part-time a Firenze o dintorni. Cell. 393.2350817.

AFFITTI PROFESSIONALI

- Studio medico in P.zza del mercato nuovo a Firenze affitta studi per medici mutualisti e specialisti, anche per 5 giorni alla settimana. Ottima location con segretaria. Info: 339.4694668.
- Cercasi urgentemente medico mutualistico per studio in zona centralissima in Firenze, Piazza di Santa Maria in Campo. Info: 055.287068, cell. 339.7977111.
- Affittasi a Firenze in Via Cernaia studio dentistico attrezzato con aria condizionata indipendente, uso comune di ampia sala d'aspetto, servizi igienici separati (pazienti-operatori) Telefonare 328.8392474 ore pasti Serena.
- Affittasi in palazzo prestigioso, pressi ordine dei medici, stanze uso studio medico. Per info 320.6142778.

COLLABORAZIONI TRA MEDICI

- Stiamo cercando un medico con esperienza in medicina del lavoro, per sopralluoghi, visite e formazione di personale di nostri Clienti. Laboratorio Chianti Classico caneto@chianticlassico.com.
- Ragazzo 25 anni con esperienza di 2 anni e 9 mesi in (conservativa, endodonzia, chirurgia semplice, protasi) cerca lavoro a Firenze o dintorni Cell. 393.2350817.

OFFERTA LAVORO

- Titolare di studio dentistico in Incisa Valdarno (FI) e Montevarchi (AR), entrambi in prossimità di casello autostradale, cerca Odontoiatra con esperienza nelle discipline di base (Conservativa, endodonzia, chirurgia semplice, protesi) per sostituzione periodo di maternità. Cell. 338.2860730.

ATTIVITÀ CEDESI

- Odontoiatra cerca studio da rilevare a Firenze e provincia previo affiancamento. Tel 339.7799785.
- Cedesi studio dentistico zona Alto Mugello, 2 unità operative;attività ventennale. Cell. 335.8416533 (8-20).

SOSTITUZIONI

- Giulia Paladini laureata in Medicina e Chirurgia con 110 e lode e abilitata alla professione di Medico Chirurgo presso l'Univ. di FI, con esperienza lavorativa sul territorio è disponibile per sostituzioni a MMG, guardie mediche in case di cura private, servizi sportivi, servizi in strutture assistenziali e turistiche in FI-PO e provincia. Cell. 333.4969758.
- Valentina Terrinazzi laureata ed abilitata presso la Facoltà di Medicina di Firenze, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni a MMG-Guardie Mediche in strutture private-assistenza medica a competizioni sportive in tutto il territorio di Firenze, Sesto fiorentino, Scandicci. Cell.340.5583119.
- Rita Fontana, laureata e abilitata presso la Facoltà di Firenze, è disponibile per sostituzioni di MMG, guardie mediche in case di cura private, servizi sportivi, prelievi nel comune di Firenze e zone limitrofe. Cell. 338.1212845.
- Eleonora Rossi, laureata e abilitata presso la Facoltà di Firenze, è disponibile per sostituzioni a MMG in Scandicci e zone limitrofe. Cell. 349.4754405.
- Bodoj Mirela, laureata in Medicina ed abilitata alla professione di Medico Chirurgo, comunica la propria disponibilità ad effettuare sostituzioni a mmg, Guardie Mediche in strutture private, servizi sportivi, servizi in strutture assistenziali e turistiche. Cell. 329.4090978.
- Michele Mercuri, laureato presso l'Univ. di Firenze con 110/110 ed abilitato alla professione di Medico Chirurgo, Master universitario in medicina estetica presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" comunica la propria disponibilità per sostituzioni di mmg, guardie mediche in strutture private, servizi sportivi, prelievi in Firenze e provincia. Cell. 347.2117469.
- Irene Franci, laureata in Medicina e Chirurgia, abilitata alla professione di Medico Chirurgo presso l'Univ. di Firenze, è disponibile per sostituzioni a mmg, guardie mediche territoriali e in case di cura private e assistenza medica a competizioni sportive a Firenze e provincia. Cell. 349.1387091.

COLLABORAZIONI NON MEDICHE

- Assistente alla poltrona diplomata, con più di 15 anni di esperienza cerca lavoro part-time. Libera da impegni familiari,ottima manualità ed esperienza sia in chirurgia come gestione di studio. Cell. 346.0056530.
- Ragazza 28enne cerca lavoro come apprendista assistente alla poltrona zona FI, motivo di trasferimento da Parma. Disponibilità immediata sia per orario part time che full time. Cell. 339.1912798.
- 45enne con 20ennale esperienza come receptionist in alberghi 3-4 stelle, pluriennale esperienza di volontariato in ospedali con malati terminali cerca impiego presso studio medico. Cell. 328.7390254.
- Residente in zona Coverciano a Firenze, esperienza di lavoro d'ufficio anche come segretaria di direzione cerco lavoro presso studi medici. Vania Cocchi 338.1609277.
- Signora con tre figli maggiorenni, cerca lavoro di segreteria. Nessun problema di orario. Esperienze precedenti di lavoro professionale in vari settori. Email: francesca.carnaroli@gmail.com.
- 27enne con esperienza cerca lavoro come assistente alla poltrona. zona PO, limitrofi e FI. Cell. 333.6540027.
- Assistenze alla poltrona e igienista dentale impiegherebbersi in studio dentistico zona Valdarno. Info ore serali: Cell. 330.602871.
- Segretaria con pluriennale esperienza impiegherebbersi in studio o struttura medica. In possesso di iscrizione liste di disoccupazione superiore ai 24 mesi (L. 407/90 (riconosce sgravi contributivi a chi assume a tempo indeterminato) Tel. 347.8361540 Disponibilità al part-time, al full-time, ai turni e/o al telelavoro (con attuale interesse al P.T. e ai turni). Esperienze nel settore medico: 2001-2002 Impiegata presso Istituto Pratese di Radiodiagnostica, con incarico di accoglienza clienti, disbrigo pratiche, gestione appuntamenti, battitura e consegna referti clinici (Gen. 2001/Lug.2002) 2000-2001 Impiegata presso ente di diritto pubblico (Ordine dei Medici della Provincia di Prato) con contratto part-time (24 ore sett.) a tempo determinato per sostituzione maternità, come segretaria amministrativa (disbrigo pratiche iscritti) e segretaria di presidenza; 1998-2000 Impiegata presso ente di diritto pubblico (Ordine dei Medici della Provincia di Firenze) con contratto a tempo determinato per sostituzione maternità, come segretaria amministrativa (disbrigo pratiche iscritti) e segretaria di presidenza; Tel. 055.7330318.
- Ragazza giovanissima cerca lavoro come segretaria presso studio dentistico. part-time o full-time Ottima conoscenza delle lingue straniere Inglese, Francese, Spagnolo. Uso del computer e ben organizzata. Diverse esperienze di lavoro a contatto con il pubblico. Luogo di Lavoro : Scandicci e pressi . Richiedesi Serietà email:ady-90@hotmail.it

STRUMENTI VENDESI

- Vendo materiale per agopuntura ed auricolopuntura causa cessazione attività. Tel. 3382445260. Email: carloancillotti@libero.it.

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

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

valsartan + idroclorotiazide

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

Manfredo Fanfani

L'ARTE: UN POTENTE MEZZO MEDIATICO D'INFORMAZIONE NELL'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA



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

