

# ToscanaMedica

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



## La vaccinazione anti Hpv: attualità e prospettive

G. Amunni, P. Bonanni, M. Confortini,  
M. Marchionni, M. Ucci

## L'uveite nelle malattie reumatiche dell'età pediatrica

F. Fanti, V. Galici, C. De Libero, R. Caputo,  
B. Zamma Gallarati, I. Pagnini, R. Cimaz, G. Simonni

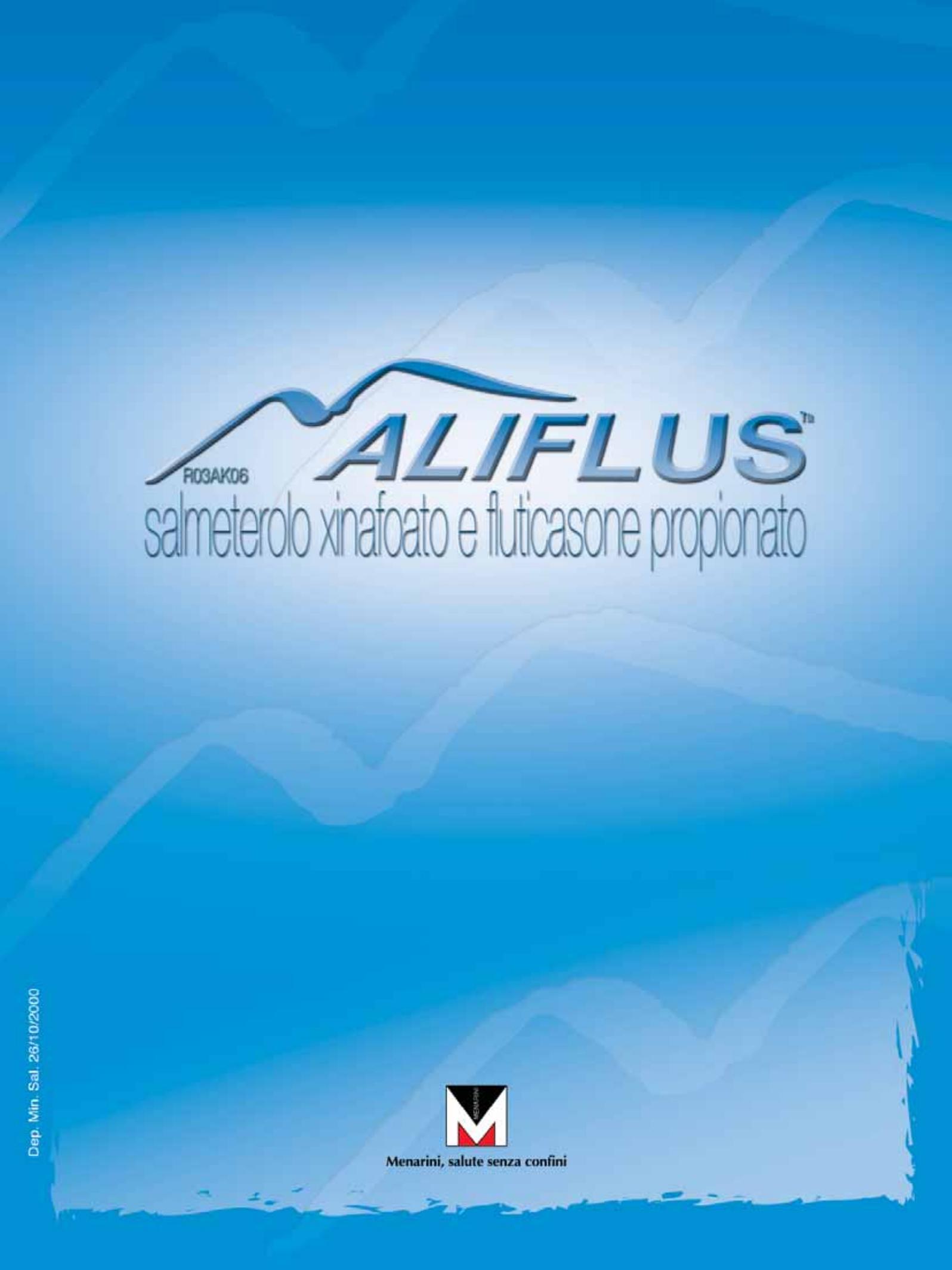
## Le sfide di oggi per il medico di comunità nel panorama socio-sanitario toscano

S. Dei

## La Trombosi Venosa degli Arti Superiori

R. Laureano, S. Tatini

# N° 1 GENNAIO 2010



FD3AK06

# ALIFLUS<sup>TM</sup>

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato



**LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA**

■ L'annuale mostra dei medici pittori <i>F. Napoli</i>	4
<b>EDITORIALE</b>	
■ Il medico virtuale <i>A. Panti</i>	5
<b>OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani</b>	
■ La vaccinazione anti Hpv: attualità e prospettive <i>G. Amunni, P. Bonanni, M. Confortini, M. Marchionni, M. Ucci</i>	6
■ Dopo due anni qualche opportunità in più <i>A. Panti</i>	12
<b>QUALITÀ E PROFESSIONE</b>	
■ Affrontare il problema della sessualità: un approccio interdisciplinare <i>M. Maggi</i>	13
■ Le sfide di oggi per il medico di comunità nel panorama socio-sanitario toscano <i>S. Dei</i>	14
■ La psichiatria della disabilità intellettiva <i>M. Bertelli e coll.</i>	16
■ L'assistenza al paziente con patologie croniche <i>I medici di medicina generale animatori di formazione della Regione Toscana</i>	18
■ Chronic Care Model ed intensità di cure <i>U. Corrieri</i>	19
■ Aspetti psicologici del paziente con incontinenza urinaria <i>G. Bazzani e coll.</i>	22
■ Aspetti previdenziali e legali nelle demenze <i>G. Cipriani</i>	23
■ L'attività ambulatoriale <i>A. Dolara</i>	26
■ L'inevitabile e l'inatteso <i>A. Panti</i>	28
<b>STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA</b>	
■ Piazza della Indipendenza a Firenze <i>M. Fanfani</i>	29
<b>REGIONE TOSCANA</b>	
■ Sistema di valutazione della performance sanitaria	33
■ Salute e SST nel sito istituzionale della Regione Toscana <i>D. Papini, F. Mori</i>	36

■ CSR - Automonitoraggio glicemico: indicazioni <b>ENPAM E PREVIDENZA</b>	38
■ Per chi ha lavorato all'estero un riscatto problematico <i>C. Testuzza</i>	41
<b>RICERCA E CLINICA</b>	
■ La Trombosi Venosa degli Arti Superiori <i>R. Laureano e coll.</i>	42
■ L'uveite nelle malattie reumatiche dell'età pediatrica <i>F. Fanti e coll.</i>	44
■ Acidosi Lattica da Biguanidi, una complicanza da non sottostimare <i>L. Giannecchini e coll.</i>	46
<b>SANITÀ NEL MONDO</b>	
■ Le diseguaglianze razziali nel controllo dell'ipertensione <i>G. Maciocco e coll.</i>	47
<b>CINEMA E MEDICINA</b>	
■ Il medico e lo stregone (1957) <i>S. Beccastrini</i>	51
<b>LETTERE AL DIRETTORE</b>	
■ Gli effetti 'negazionistici' del pregiudizio ideologico nel trattamento dei pazienti con gravi disturbi psichici <i>M. Iannucci e coll.</i>	53
■ L'importanza di estendere lo screening del tumore del colon-retto fino a 85 anni <i>F. Apicella</i>	54
■ Ancora sull'artrite reumatoide <i>M. Benucci</i>	55
<b>LIBRI RICEVUTI / LETTI PER VOI</b>	55
<b>AMBIENTE E SALUTE</b>	
■ IV giornate italiane mediche dell'ambiente <i>M.G. Petronio</i>	57
<b>NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA</b>	
■ L'incidenza del tumore del polmone è in diminuzione fra gli uomini, ma non nella fascia di età più avanzata <i>A. Caldarella e coll.</i>	58
<b>RICORDO</b>	
■ In ricordo di Enzo Agresti <i>A. Ballerini</i>	59
<b>NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi</b>	59
<b>CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI</b>	62

# ToscanaMedica

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



Anno XXVIII n. 1 - Gennaio 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 copertina  
*Nicola Iannucci*  
Collezione Ordine dei Medici di Firenze  
Fondato da  
**Giovanni Turziani**

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: [toscanamedica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanamedica@ordine-medici-firenze.it)  
**Editore**  
Edizioni Tassinari  
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze  
e-mail: [pre.stampa@edizionitassinari.it](mailto:pre.stampa@edizionitassinari.it)  
**Pubblicità**  
Edizioni Tassinari  
tel. 055 570323 fax 055 582789  
e-mail: [ricardo@edizionitassinari.it](mailto:ricardo@edizionitassinari.it)  
<http://www.edizionitassinari.it>  
**Stampa**  
Nuova Grafica Fiorentina  
via Traversari - Firenze

**COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA**

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

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



## L'annuale mostra dei medici pittori

**L**a mostra dei medici pittori che annualmente si svolge nella sede dell'Ordine, a Firenze, si conferma come una tradizione consolidata e ricorrente, indicando come chi è quotidianamente a contatto per professione con il *dolore* utilizzi l'arte anche quale veicolo di serenità. Infatti, fra tutti gli espositori di questa edizione (una ventina in totale) non c'è nessuno che proponga immagini lacerate o sofferenti, tutti volti a dare serenità attraverso il proprio *fare arte*: e questo, pur nella diversità di caratteri e stili, senza mai allontanarsi da un mondo chiaro, intellegibile, di immediata identificabilità come formalmente può essere quello figurativo.

Ciò non esclude che tra gli espositori si possano riscontrare alcune vicinanze ed altrettante diversità: ad esempio, in un mondo che è sì figurale, ma scandito da una sorta di sintesi che porta gli autori anche ad un segno schematico, fanno riferimento sia Giuseppe Carlo Balboni sia Pier Luigi Duvina: il primo, con una composizione il cui fondo a spruzzo fa risaltare la figura a cavallo con un chiaro valore illustrativo; il secondo, con sintetiche immagini in cui si avvale anche di una pastosa cromia ricca di specifica lucentezza.

Diversamente, ad un contesto artistico maggiormente legato a certe suggestioni trascorse, proprie al mondo rurale, sono raccordabili Attilio Bellone, con una grande assoluta marina cadenzata in profondità da una pennellata leggera ed espressiva; Filippo Cianfanelli, che con una delicata grafica ci offre una efficace prospettica fuga di tetti fiorentini inquadranti la cupola; Giorgio Cotrozzi, con una visione pastellata frontale di un'aia contadina amorevolmente e correttamente ritratta; Adriano Danti, autore di un brillante puntinismo che riflette l'infuocato tramonto veneziano sulla Giudecca; Giovanni Guidi, che in un piccolo quadro sostenuto da una buona prospettiva ritrae con affetto la periferia fiorentina; Salvatore Pagliarello, che su carta con trasparenze cromatiche dà corpo a vari efficaci passaggi, ora decisi ora evanescenti.

Il soggetto natura morta coinvolge Anna Maria Gatta, delicata nella ordinata disposizione del soggetto sul piano di appoggio e nei piacevoli toni colo-

ristici; Livio Carini, con due piccole composizioni su legno, trasparenti bottiglie unificate dal colore, ma decise nei contorni; Arnaldo Pansini, con una veloce pittura esuberante cromatica e morbida, scorrevole e divertita nella sua stesura; Lorenzo Taddei,

infine, con due composizioni pacate e luminose nella loro realizzazione dedicata alla natura.

Differenti da questi ultimi per l'atteggiamento assunto nei confronti del soggetto (figura umana) sono le opere di Lorenzo Bonamassa – autore quasi astrattivo nelle forme e nell'uso di collage cartacei, utili a differenziare parti diverse del dipinto –; Teresa Cella, con un disegno di figura reclinata che nella stesura si mostra come scomposta nelle componenti anatomiche; infine, Manfredo Pucci, con una figura di donna in posa, sostanzialmente a due colori e proposta quale studio di forme e volumi. In mostra, a sé stante appare l'opera allegorica di Marcello Manzoli che ritrae "La Medicina" come una giovane sorridente e rassicurante, omaggio alla professione; egualmente particolare appare l'opera di Renzo Mazzafoglia, unica astratta, nel suo linguaggio fatto dal colore-segno e dalle scolature; infine, Gabriele Stringa che propone la sola immagine religiosa in esposizione, collocando la conversione di Paolo, in un contesto definito dalla luce sacra.

Per certi aspetti contro corrente, appaiono le opere presentate da Roberto Della Lena – con una composizione che è grafica, citazione del mondo urbano, contemporaneamente ricordo, affollato di figure e forme – e da Domenico Lo Russo che con l'opera *Intervento* composta da mani di colori diversi, pare alludere ad una integrazione *con l'altro*, oggi di particolare attualità.

In chiusura, vorremmo ricordare il quadro (1973) fuori mostra di Nicola Iannucci, cara e simpatica conoscenza da tanti anni nel mondo dell'arte, che con questa partecipazione ci lascia materialmente e in modo definitivo al nostro (non di rado) amaro quotidiano per proseguire, idealmente, a dipingere altrove le proprie luminose vedute, tra brillantezza, estroversione e sorrisi, proponendoci così i frutti del suo amore per la vita, sempre difesa come medico, di continuo rappresentata in pittura. **TM**

FEDERICO NAPOLI

**Avevamo già deciso di utilizzare un quadro dell'amico Iannucci quando abbiamo saputo dell'improvvisa fatalità. A maggior ragione lo pubblichiamo nel ricordo di un grande amico, di un illustre Collega e di un uomo versatile, impegnato su più fronti, di cui piangiamo la perdita.**



# Il medico virtuale

ANTONIO PANTI

**L'**nozione comune che il ruolo del medico, stia rapidamente mutando e il dibattito su questo tema è più acceso nel pubblico che tra gli stessi medici. I sociologi discettano sul declino della "dominanza medica", attribuendola a molteplici fattori, il mutato atteggiamento dei pazienti, le eccessive attese dei risultati delle cure, il controllo burocratico sull'agire dei medici, l'emergere di nuove professioni e via dicendo. I medici più consapevoli sanno che il loro ruolo sta cambiando e che debbono adeguarsi alle mutate esigenze della società. Cambiare si può, scomparire è altra cosa. La tecnologia, quella informatica in particolare, può rendere superflua questa antica professione?

È nozione comune che il modello di medicina sia evoluto nel tempo. Il trascorrere dal modello sacerdotale e magico a quello naturalistico ipocratico, a quello scientifico positivista, si è accompagnato al passaggio dal paternalismo all'alleanza terapeutica e da questa, nel clima pragmatico economicista di oggi, al consumerismo del cliente esigente e risarcitorio. Ma sono i limiti della medicina, incerti, inesplorati e sempre mobili, che in massima parte determinano la crisi della professione. La tecnica, mentre risolve problemi, altri ne crea.

Una breve riflessione sui successi della medicina consente di evidenziarne le criticità. Le scoperte della genetica sfidano la scienza tra prognosi e predizione. La medicina rigenerativa, le cellule staminali, costringono al confronto tra illusioni mediatiche e realtà della clinica. Il controllo sulla nascita e sulla morte ha prodotto sopravvivenze artificiali che sfidano l'etica e l'economia. La medicina, inoltre, si dilata dalla cura della salute alla soddisfazione dei desideri: la bellezza, la procreazione, lo sport, la sessualità, la giovinezza; tutto possibile? La tecnica sostituisce la parti deteriorate della macchina uomo o, perfino, le potrebbe cambiare per migliorarne il rendimento: trapianti, protesi, chip, telecomandi: il cyber paziente, l'uomo bionico.

Perché le macchine non potrebbero sostituire la semeiotica fisica? E intelligenze artificiali elaborare il ragionamento diagnostico e terapeutico? Il setting della visita medica non può mutarsi in una web camera? Robot docili e duttili potrebbero

somministrare le terapie o realizzare una chirurgia più precisa e controllata. Insomma il medico virtuale, un sistema di computer, come Google, che risolve i problemi del paziente.

Una visione "visionaria", tra Asimov e Philip Dick, con ascendenze verniane. Tuttavia l'eccessivo riduzionismo tecnologico è rischioso per i medici e per i pazienti. La domanda è: Fino a che punto è sostituibile la relazione umana? E quanto la ritualità della medicina, l'antropologico bisogno di affidamento nella malattia, può diventare virtuale e non agita nella concretezza del teatro della vita dagli attori fisici della vicenda, il medico e il paziente?

D'altro canto si parla oggi di biologia sistemica basata su una rete formata di componenti interattivi: i sistemi regolatori interni al corpo umano, i geni e la loro espressività, i fattori comportamentali e quelli contestuali e ambientali. Da questa visione biologica scaturisce la medicina sistemica che risponde al bisogno sempre più avvertito di pensare una scienza dell'uomo costruita sulle interazioni tra salute e malattia, in un quadro di darwinismo adattativo.

Osler diceva che "il miglior insegnamento della medicina è quello che ci viene dal paziente". Quando si preferisce l'approccio tecnologico al rapporto umano, si chiama in causa, quasi a contenere gli eccessi della medicina basata su evidenze, la medicina narrativa che, come la definisce Rita Charon, è quella "praticata con la competenza narrativa del riconoscere, interpretare e agire sulla base delle situazioni difficili degli altri".

Gli anglosassoni distinguono una medicina *high tech* da quella *high touch*. Il concetto è fin troppo evidente ma la domanda è: i medici sapranno ricomporre questa dissociazione tra le radici antropologiche della medicina e il fiorire dei rami biologici e tecnocratici? Non si può tornare al sasso ma neppure diventare una sorta di avatar professionale. La cura della sofferenza è la più concreta delle pratiche umane, affidata a un medico virtuale diverrebbe virtuale essa stessa.

Certamente il medico oggi ha poco tempo da dedicare all'ascolto ma comunque si ispira, o tenta, ai valori della deontologia. In conclusione il medico virtuale saprà essere anche virtuoso? **TM**



# La vaccinazione anti Hpv: attualità e prospettive

**TOSCANA MEDICA** – Iniziamo con una descrizione epidemiologica della patologia da HPV, illustrando poi la questione della copertura vaccinale con l'analisi dei dati al momento disponibili.

**MARCHIONNI** – In tutto il mondo l'infezione da Papilloma virus è ormai talmente diffusa da essere diventata un capitolo importante in campi della Medicina molto diversi tra di loro come la Ginecologia, la Dermatologia e l'Oncologia. In Europa la prevalenza dell'infezione di HPV ad alto rischio varia dal 3% di Spagna e Grecia al 15% del Regno Unito, con il 7.6% registrato in Italia nella popolazione generale femminile compresa tra 14 e 45 anni. Circa il 20% di queste infezioni è sostenuto dai ceppi virali 16 e 18.

Per quanto riguarda la copertura vaccinale i dati più significativi provengono da un recente report della Mayo Clinic statunitense imperniato sulle risultanze della strategia vaccinale californiana iniziata nel 2006. Da allora il vaccino quadrivalente è stato somministrato a 36.000 donne che rappresentano il 42% delle donne tra i 9 ed i 17 anni di età ed il 41% di quelle tra i 18 ed i 26. Oltre l'80% di questi soggetti si è dichiarato favorevole alla vaccinazione.

**CONFORTINI** – Oggi sappiamo che l'infezione da HPV è la causa necessaria ma non sufficiente per l'insorgenza del cancro della cervice uterina e che in particolare solo le infezioni persistenti rappresentano il vero rischio per questo tipo di neoplasia.

In termini epidemiologici vediamo una grande differenza tra quello che succede nei Paesi in via di sviluppo ed in quelli maggiormente sviluppati: nei primi si registra infatti una percentuale del 7% della neoplasia della cervice rispetto alla totalità della patologia tumorale che si abbatte fino

al 1.7% nei secondi.

Questa differenza è legata anche al fatto che le risorse disponibili nei Paesi a maggior sviluppo consentono più efficaci interventi di prevenzione (vedi ad esempio lo screening ed ora le vaccinazioni) rispetto a quanto avviene nelle realtà più disagiate.

GIANNI AMUNNI<sup>1</sup>, PAOLO BONANNI<sup>2</sup>,  
MASSIMO CONFORTINI<sup>3</sup>,  
MAURO MARCHIONNI<sup>4</sup>, MAURO UCCI<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Professore Associato di Ginecologia e Direttore Istituto Toscano Tumori

<sup>2</sup> Professore Ordinario di Igiene, Università di Firenze

<sup>3</sup> Direttore del Laboratorio di Biologia Molecolare dell'ISPO di Firenze

<sup>4</sup> Professore Ordinario di Ginecologia ed Ostetricia, Università di Firenze

<sup>5</sup> Medico di Medicina Generale a Firenze, vicepresidente della FIMMG

Regione Toscana ha perseguito la strada di non limitarsi a proporre il vaccino alla coorte delle dodicenni ma, dall'inizio di quest'anno, di consigliarla anche a quella delle sedicenni, lasciando libertà di scelta se ricevere subito la vaccinazione o a 16 anni alle ragazze delle coorti intermedie tra questi due estremi.

Oggi abbiamo a disposizione una serie di dati per prima, seconda e terza dose nelle differenti classi di età con risultati particolarmente lusinghieri per le ragazze nate nel 1997, le prime cioè alle quali è stata offerta la vaccinazione. Di questo gruppo al 30 giugno 2009 in Toscana risultava vaccinato l'80.4% con una dose, il 78.1% con due ed il 62% con tre dosi. Nella classe di età del 1996, quella cioè che aveva diritto alla vaccinazione in quanto il decreto AIFA era stato emanato precedentemente all'introduzione delle politiche di vaccinazione regionale, circa il 65% delle ragazze ha ricevuto una dose, il 60% due ed il 47% tre dosi. Anche in questo caso si tratta di un risultato più che soddisfacente.

Ovviamente è ancora presto per potere disporre dei dati relativi alle coorti di età successive.

**AMUNNI** – Il tumore del collo dell'utero presenta dati di incidenza assai diversi a seconda delle aree geografiche prese in considerazione. In alcu-

## PARTECIPANO

Gianni  
AmunniPaolo  
BonanniMassimo  
ConfortiniMauro  
MarchionniMauro  
Ucci

ne zone dell'Africa è oggi la prima causa di morte oncologica, mentre da noi è al 13° posto. Le ragioni di queste differenze sono nella diversa prevalenza delle infezioni da HPV e nella diffusione del PAP test come tecnica di prevenzione secondaria. La vaccinazione anti HPV, tipico esempio di prevenzione primaria ridurrebbe in maniera rilevante questa patologia. I dati di copertura vaccinale in Toscana sono buoni anche per le altre classi di età comprese nel programma regionale che prevede la chiamata attiva anche per le sedicenni e l'offerta gratuita per le 13, 14 e 15enni. A completamento dei dati di Bonanni si ha al 30/06/2009 la copertura alla 1ª dose del 19,7% nella classe del 1995, del 39,2% nella classe del 1994 e del 56,5% nella classe del 1993

**TOSCANA MEDICA** – *Quale è stato il ruolo del medico di famiglia in questa campagna vaccinale?*

**UCCI** – Si è trattato di una campagna fortemente "sentita" a livello di popolazione, tanto è vero che in molti casi ci è stata richiesta la vaccinazione anche per altre classi di donne che non rientrava-

no tra gli obiettivi individuati a livello regionale. In alcune Regioni per ovviare a questo surplus di richieste le amministrazioni hanno deciso di cedere a prezzo di costo il vaccino a chi ne facesse richiesta, mentre in Toscana si è preferito non seguire questa strada, anche se, a livello di Medicina di famiglia, potrebbe trattarsi di una strategia tutto sommato condivisibile.

**AMUNNI** – Sicuramente il medico di medicina generale ha un ruolo centrale in quanto è il punto di riferimento sanitario più diretto per la famiglia. Credo che il medico di medicina generale debba, nel momento in cui sensibilizza alla vaccinazione, anche promuovere l'adesione allo screening citologico.

**TOSCANA MEDICA** – *Alla luce di quanto abbiamo sentito fino ad ora, potrebbe venire da chiedersi se estendere la strategia vaccinale anche ad altre patologie HPV correlate potrebbe avere un senso in relazione alla prevenzione strettamente oncologica?*

**MARCHIONNI** – Fortunatamente non tutte le lesioni da Papilloma virus sono maligne, come per esempio i frequentissimi condilomi vulvovaginali o cervicali, causati per lo più dai ceppi virali 6 ed 11.

Fra l'altro non bisogna dimenticare che è ormai ben conosciuto in questo campo il fenomeno della cosiddetta "cross protection" per il quale un vaccino contro un determinato ceppo (per esempio il 16 ed il 18, legati a patologia tumorale maligna) finisce per offrire un certo grado di protezione anche contro altre condizioni patologiche causate da virus di altri ceppi.

In linea di massima si può affermare che, essendo la percentuale di protezione contro il cancro della cervice offerta dai vaccini oggi disponibili di circa il 60-70%, l'attenzione sulle campagne vaccinali non deve assolutamente venire abbassata.

È poi evidente che se la vaccinazione riesce a ridurre il numero di lesioni che, come i condilomi vulvovaginali seppure del tutto benigni appaiono assai scarsamente accettati dalle pazienti, questo non può che essere considerato un fatto positivo. Tra l'altro alcuni dati australiani molto recenti hanno dimostrato che la vaccinazione contro il Papilloma virus è riuscita a ridurre drasticamente anche le lesioni benigne legate a questa classe di virus.

**AMUNNI** – A questo proposito gli aspetti da segnalare sono due: l'azione sulle lesioni benigne vulvovaginali e un effetto che sembra estendersi anche ad altri ceppi responsabili di neoplasie cervicali.

**TOSCANA MEDICA** – *Si può allora affermare che i dati oggi disponibili, in termini di rapporto costo-beneficio, depongono a favore della vaccinazione?*

**BONANNI** – Certamente sì, visto che tutte le valutazioni farmaco economiche delle quali oggi di-

poniamo concordano su un profilo di convenienza della vaccinazione assolutamente indiscutibile. Senza tuttavia mai dimenticare l'importanza delle azioni di screening che non devono assolutamente venire accantonate (semmai potenziate), i soldi necessari per la vaccinazione anti HPV si possono senza dubbio considerare ben spesi.

**MARCHIONNI** – Sono completamente d'accordo con quanto detto adesso dal Prof. Bonanni, anche perché la notevole riduzione dei prezzi oggi raggiunta potrebbe permettere di allargare le coorti delle donne alle quali offrire la vaccinazione.

**UCCI** – Quando si cominciò a parlare della vaccinazione anti HPV, i costi sembravano effettivamente di non trascurabile rilevanza se si parlava di una spesa di circa 150 milioni di Euro per evitare la comparsa di 3.000 nuovi casi all'anno di cancro della cervice uterina. Queste cifre potevano essere effettivamente considerate eccessive, soprattutto perché era già da tempo presente e ben funzionante tutta una rete di prevenzione secondaria (screening, pap-test ecc.) che garantiva una buona sorveglianza epidemiologica della malattia. Ovviamente la attuale riduzione dei prezzi presenta le cose in tutta un'altra prospettiva, economicamente molto interessante.

**BONANNI** – Una cosa che bisogna attentamente sorvegliare, alla luce di tutte le considerazioni finora riportate, è che una strategia, per esempio quella vaccinale, non finisca per escludere l'altra, cioè quella di prevenzione e di screening, perché in questo caso il profilo di costo-efficacia della globalità di questi interventi andrebbe drammaticamente a ridursi.

Il fatto poi che in Toscana nella prima coorte alla quale è stato offerto il vaccino si sia raggiunto l'80% di ragazze vaccinate, potrebbe fare pensare ad una maggiore copertura da parte del vaccino rispetto alle campagne di screening, con migliore penetrazione anche in quelle fasce di popolazione che gli screening, per differenti motivi, non riescono a raggiungere: questo appare ovviamente un grosso valore aggiunto della strategia vaccinale.

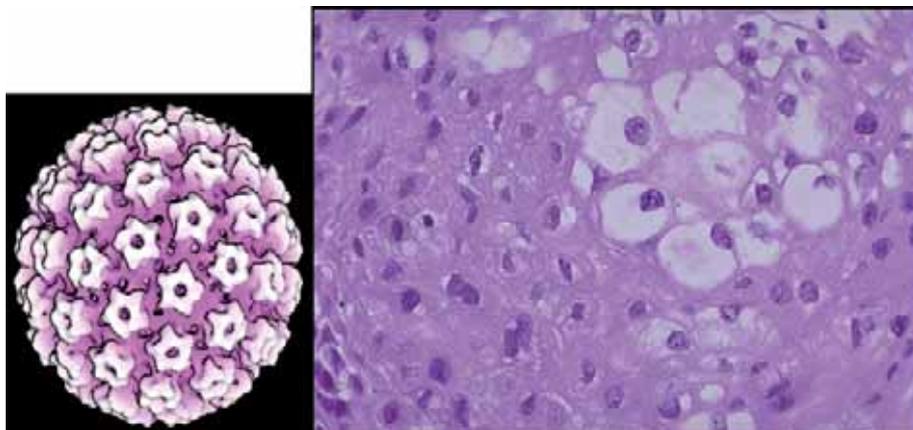
**CONFORTINI** – Il rapporto costo-efficacia può essere utilmente valutato solo se le due strategie di intervento, quella vaccinale e quella di screening, vengono considerate insieme ed analizzate con modelli markoviani che ancora oggi non possono tuttavia essere considerati perfetti, dal momento che alcune variabili esaminate (tasso di protezione offerto dal vaccino e durata della protezione, ad esempio) appaiono difficilmente quantizzabili. Certamente anche nell'ottica puramente farmacoeconomica vaccinazioni e screening dovranno sempre di più rappresentare interventi integrati e modulabili tra di loro.

**AMUNNI** – Lo screening e la vaccinazione sono in grado di abbattere l'incidenza del cervicocarcinoma in maniera sovrapponibile (75%), ma le due modalità agiscono su neoplasie in parte diverse, per cui l'integrazione delle due modalità consente risultati superiori (intorno al 90%). È ragionevole ritenere un buon equilibrio costi/benefici introducendo nella popolazione vaccinata un allungamento degli intervalli di screening (5 anni). È tuttavia fondamentale, per raggiungere questi risultati, disporre di coperture vaccinali e adesione allo screening molto elevate.

**TOSCANA MEDICA** – *Un chiarimento. Al momento vengono vaccinate coorti di donne per le quali per motivi anagrafici non è ancora prevista una azione di screening, invece prevedibile ed auspicabile dopo qualche anno ed al contrario viene eseguito lo screening su quelle donne che non hanno ricevuto la vaccinazione, cioè quelle dai 20 anni di vita in poi. È realmente questa la situazione attuale?*

**MARCHIONNI** – Sicuramente sì. Del resto, l'importanza dello screening nelle donne non vaccinate è di immediata comprensione, così come la "cross protection" offerta dal vaccino oltre quella contro i ceppi oncogeni 16 e 18. In questo senso dalla ricerca nei prossimi anni ci aspettiamo risultati veramente di notevole importanza.

**CONFORTINI** – Quando sono comparsi i vaccini contro l'HPV tra chi si occupa di prevenzione si



è subito radicata la convinzione che comunque le campagne di screening non dovevano assolutamente essere abbandonate, soprattutto a favore di quelle coorti che non avevano ricevuto la copertura vaccinale. Altrettanta importanza è stata inoltre riservata alla massima integrazione possibile tra le due strategie di intervento al fine di ottenere un risultato finale il più possibile efficace.

Nel prossimo decennio le campagne di screening dovranno comunque essere complessivamente ripensate e rimodulate, quando cioè arriveranno ad interessare le coorti vaccinate per prime in questi anni.

**MARCHIONNI** – Affrontando la questione pratica di dove eseguire le vaccinazioni io credo che ci debba essere la massima comunicazione possibile tra il settore dell'Igiene Pubblica e le altre realtà mediche, per esempio le Cliniche universitarie ed i Reparti ospedalieri, che potrebbero eseguire le vaccinazioni. Ovviamente per questo dovrebbe essere creato un apposito Registro che raccolga i dati di tutte le vaccinazioni eseguite. Purtroppo però le cose al momento non stanno così ed anche strutture dove si fa ricerca (come per esempio la nostra) ancora non dispongono del vaccino. Eppure oggi che l'età media del primo rapporto sessuale si è avvicinata moltissimo ai 14 anni di età, la strategia vaccinale riveste una valenza di enorme importanza anche nei confronti di lesioni virali benigne (quelle displastiche, per esempio) che potrebbero comunque virare verso la malignità. In altre parole, vaccinando una sedicenne, sarebbe molto importante potere conoscere se ha già avuto contatti con qualche ceppo virale potenzialmente oncogenico.

Credo pertanto che la creazione di un Registro che riporti quanti più dati possibile relativi alle pazienti ed alla loro situazione vaccinale ed immunologica, nel quale fare confluire i dati provenienti dal maggior numero possibile di strutture sanitarie interessate alla materia, sia oggi realmente indispensabile.

**AMUNNI** - Sì. Ad oggi questa è la situazione, ma non è lontano il momento in cui arriveranno allo screening le coorti delle vaccinate (2016-2017) oltre alle donne che si sono vaccinate privatamente. Sarà quindi necessario prevedere una nuova organizzazione dello screening, ma perché questa sia efficace dovremo avere dati certi sull'anamnesi vaccinale (Registro) e livelli di copertura elevati.

**TOSCANA MEDICA** – *Si può però ragionevolmente sostenere che la guardia comunque non deve essere abbassata neppure per quando riguarda la prevenzione primaria, soprattutto in termini di corretta educazione sanitaria?*

**MARCHIONNI** – Sono assolutamente d'accordo con questa affermazione.

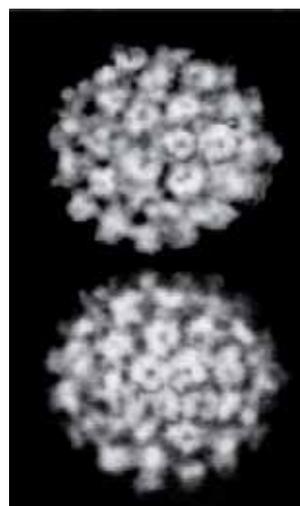
**BONANNI** – Anche io sono d'accordo e vorrei sottolineare l'importanza, a livello di prevenzione primaria, della corretta informazione da dare soprattutto ai ragazzi per quanto riguarda l'educazione ad una sessualità complessivamente responsabile.

Si tratta di interventi che vanno oltre la questione della vaccinazione anti HPV, comprendendo anche il campo delicatissimo delle malattie sessualmente trasmesse sulle quali ancora oggi esiste tanta disinformazione principalmente tra le classi più giovani di popolazione. Senza tra l'altro dimenticare che proprio per quanto riguarda l'infezione da HPV neppure il profilattico è in grado di garantire una protezione realmente totale.

Una recente ricerca che abbiamo condotto a Firenze ed Arezzo conferma i dati che in parte ricordava in precedenza il Prof. Marchionni: il 50% degli studenti intervistati, di età media intorno ai 15 anni, ha dichiarato di avere già regolari rapporti sessuali. Questo significa che vaccinare classi di ragazze di età comprese tra 12 e 16 anni garantisce un'efficacia vaccinale davvero significativa.

Per quanto riguarda la questione dell'allargamento delle classi di età alle quali proporre il vaccino, anche io credo che un simile intervento non debba essere a carico del Servizio Sanitario regionale, perché aumentando l'età delle donne, il profilo di costo-beneficio della vaccinazione inevitabilmente decade. Ovviamente qualora venissero studiate delle forme di compartecipazione alla spesa da parte delle donne, l'estensione della vaccinazione a livello di popolazione non potrebbe che avere ricadute positive.

**UCCI** – A livello di Medicina Generale quello che non può non sorprendere è il preoccupante livello di ignoranza che accompagna le questioni relative alle malattie a trasmissione sessuale, soprattutto nei soggetti di età più giovane. Secondo me pertanto la vera prevenzione primaria in questo campo deve tradursi nella maggiore diffusione possibile di una corretta "igiene della sessualità", che



non va certamente demonizzata, quanto spiegata e fatta capire in maniera chiara e comprensibile. Questo credo sia uno dei nostri compiti, come medici, educatori e genitori.

**AMUNNI** – La vaccinazione HPV è un'occasione non solo per mantenere alta l'attenzione sugli screening, ma anche per affrontare e diffondere i temi di una sessualità responsabile. Ricordo che in uno studio internazionale solo il 65% degli intervistati ha risposto correttamente sul fatto che l'HPV è a trasmissione sessuale e che il 45% riteneva che la pillola avesse una qualche azione protettiva.

**TOSCANA MEDICA** – *È quindi compito dei medici fare sì che non si diffonda la convinzione errata che, una volta vaccinata, una ragazzina sia al di fuori da ogni pericolo legato all'attività sessuale?*

**MARCHIONNI** – Non c'è dubbio che questo sia un compito molto importante dei medici, insieme a quello, altrettanto importante, di tranquillizzare tutte quelle donne che si rivolgono allarmate allo specialista quando leggono sul referto del proprio pap-test "presenza di lesioni associate a Papilloma virus". In questi casi è nostro dovere spiegare chiaramente la situazione ricordando alla paziente che sebbene l'infezione da Papilloma virus sia diffusissima, nel nostro Paese il cancro invasivo del collo dell'utero ha una incidenza di nemmeno 10 casi su 100.000 donne.

**CONFORTINI** – Due cose da sottolineare. La prima è che, come diceva prima il prof. Marchionni, è davvero di fondamentale importanza potere disporre di dati quanto più possibile esatti sulle donne che si vaccinano al di fuori delle coorti vaccinali. Queste informazioni sono infatti importanti anche a livello di screening, visto che esiste una differente prevalenza di patologia tra una donna che arriva allo screening già vaccinata ed un'altra che invece non ha ricevuto nessuna copertura vaccinale.

Il secondo aspetto sul quale vorrei soffermarmi è che il rischio di contrarre l'infezione da HPV è in gran parte legato all'età di inizio dell'attività sessuale, al numero di partners ed al numero di partners del partner!

Alcuni dati interessanti sono emersi da una indagine che stiamo in questo periodo conducendo su una popolazione di 1.000 ragazze tra 18 e 24 anni di Firenze, Viareggio e Lucca. In questa coorte la prevalenza dell'infezione da HPV è di circa il 20% ma con un andamento direi "dinamico" nel senso che circa il 25% delle donne dopo sei mesi si negativizza, con un tasso di attacco però di nuove infezioni dell'8% dopo un anno. Questo significa che siamo di fronte ad un'infezione ad altissima diffusione, appunto molto dinamica, che continuamente si "spenge e riaccende" all'interno della stessa popolazione. In questo contesto anche il preservativo, come già sottolineato, non riesce a

garantire la protezione assoluta.

**BONANNI** – Se è vero che bisogna certamente tranquillizzare le donne, come diceva prima il prof. Marchionni in relazione al rapporto HPV-cancro della cervice, quello che a me invece non fa stare per niente tranquillo è la consolidata "dimenticanza" che ormai da tempo le istituzioni ed i mezzi di comunicazione di massa riservano alle malattie a trasmissione sessuale, prima fra tutte l'infezione da HIV.

Oggi nessuno, a fronte degli innegabili successi delle terapie disponibili, sembra più avere paura di queste malattie, come dimostrato dall'aumento attuale del numero e della prevalenza delle infezioni da HIV, della sifilide e dell'epatite B nelle classi non vaccinate, cioè gli ultratrentenni.

Le istituzioni devono uscire dal torpore in cui sono cadute ed è nostro dovere, come medici, richiamarle alla realizzazione di campagne promozionali adeguate ed efficaci su queste tematiche. Se infatti l'infezione da HIV può essere utilmente controllata dalla terapia antiretrovirale, ad oggi nessuno può dire che cosa succederà tra 20 o 40 anni ai soggetti nei quali è stata somministrata. Senza tra l'altro considerare che si tratta di terapie estremamente costose i cui finanziamenti potrebbero servire per vaccinare almeno 10 coorti di donne contro l'HPV!

**CONFORTINI** – La scelta di vaccinarsi anche da parte di donne di età più adulta deve secondo me essere intrapresa solo dopo un'attenta azione di counseling da parte di più professionisti. Le pazienti dovrebbero cioè venire informate che nella classe di età dai 25 ai 45 anni sarebbe bene, prima di vaccinarsi, eseguire un test HPV, perché in questo intervallo di tempo il vaccino è efficace soltanto in quelle donne che non hanno avuto contatti con questo tipo di virus, non per niente il vaccino viene offerto gratuitamente proprio alle dodicenni, prima cioè dell'inizio dell'attività sessuale.

In altre parole il medico dovrebbe sconsigliare la vaccinazione, perché inutile, per esempio, ad una donna quarantenne che abbia già incontrato i ceppi 16 o 18.

**MARCHIONNI** – Credo anche io che tra i 25 ed i 45 anni, periodo in cui le donne sono già in fase di screening, eseguire un test HPV abbia un significato realmente importante. Oggi si discute molto invece che cosa consigliare alle ragazze tra i 18 ed i 25 anni; personalmente sono del parere che anche in questo caso prima di consigliare la vaccinazione (che, ricordiamo, è a pagamento) sia meglio ricorrere al test HPV.

**AMUNNI** – In effetti la diffusione mediatica della vaccinazione HPV può modificare o ingenerare alcune convinzioni. Le cose da tenere sotto osservazione sono, a mio parere:

- la convinzione che il vaccino autorizzi ad abbassare la guardia sulla adesione agli screening,
- la minor attenzione alle patologie sessualmente trasmesse non HPV correlate,
- la paura, all'opposto, che l'infezione HPV voglia dire automaticamente cancro della cervice.

**TOSCANA MEDICA** – *Ancora una volta, in questo scenario qual è il ruolo del medico di famiglia?*

**UCCI** – Dallo scambio di opinioni che abbiamo con le nostre pazienti le domande che più frequentemente ci vengono poste sono: a quale età vaccinarsi? Come eseguire la vaccinazione? Quale è il momento miglior per eseguirla?

È evidente che nel caso di una paziente adulta, prima di proporre la vaccinazione, uno dei compiti del medico di base è proprio quello di indagare la situazione immunologica della donna nei confronti del virus HPV.

**MARCHIONNI** – Secondo me una cosa che non bisogna mai dimenticare è che il vaccino non ha nessuna azione terapeutica, essendo stato concepito e realizzato solo ed esclusivamente a scopo profilattico. Questa considerazione deve a mio parere indirizzare qualsiasi linea di intervento sia a livello puramente scientifico che di organizzazione del servizio a livello di Igiene Pubblica.

**BONANNI** – In realtà l'immunologia dell'infezione da HPV è molto complessa e, pur disponendo di un vaccino molto efficace, ancora non ne sono stati del tutto ben chiariti gli intimi meccanismi di funzionamento. Si è potuto comunque dimostrare che le donne che sono state infettate da un virus presente nel vaccino, hanno prodotto anticorpi e sono in seguito diventate negative alla ricerca del DNA virale presentano generalmente un'ottima risposta alla vaccinazione, in alcuni addirittura superiore a quella delle donne che non avevano mai avuto contatto con l'agente infettante. In questo senso, essendo possibile contrarre più volte nel corso della vita l'infezione da HPV, la vaccinazione in donne infettate ma che abbiano eliminato il virus potrebbero ridurre la diffusione del virus a livello di popolazione.

**AMUNNI** – Il medico di medicina generale ha un ruolo fondamentale nel fare chiarezza sui dubbi e sulle false convinzioni che su questi temi si stanno diffondendo. Paradossalmente la promozione della vaccinazione HPV ha indotto eccessive paure nelle donne positive per questo virus anche per ceppi a basso rischio, cioè non correlati alla possibile evoluzione neoplastica.

**TOSCANA MEDICA** – *Sintetizziamo i risultati di questa discussione. Qual è, a due anni dall'inizio, il bilancio complessivo della strategia vaccinale contro l'HPV? Ed ancora, è prevista o prevedibile la vaccinazione per i maschi?*

**BONANNI** – Riassumo i concetti fondamentali della questione.

Il bilancio di questa campagna vaccinale è certamente positivo e l'augurio è che anche in futuro in Toscana si possa continuare a registrare questi successi.

Ad oggi nella nostra Regione i criteri che regolano l'accesso alla vaccinazione sono essenzialmente l'offerta del vaccino alle coorti delle dodicenni e delle sedicenni e la possibilità di estensione anche ad altre classi di popolazione con costo calmierato a carico della donna che ne faccia richiesta.

Dovrebbe essere prevista la possibilità di vaccinare, oltre che a livello di Igiene Pubblica, anche per Centri accreditati (per esempio quelli universitari) che comunque garantiscano la corretta raccolta dei dati di ritorno.

Attualmente il vaccino quadrivalente è stato registrato fino all'età di 45 anni e prossimamente anche quello bivalente otterrà la medesima registrazione.

Ad eccezione di alcuni modesti effetti collaterali, il vaccino presenta un profilo di sicurezza estremamente elevato, come confermato anche da studi statunitensi che hanno analizzato casistiche di milioni di dosi somministrate.

Esistono numerose evidenze che anche nei maschi la vaccinazione possa avere effetti positivi ma in questo caso la questione deve prevedere un attento esame del rapporto costo-beneficio, visto che le patologie HPV correlate sono nel maschio in generale molto meno frequenti e di minore gravità di quanto non accada nella donna.

**UCCI** – La vaccinazione del maschio potrebbe comunque contribuire ad interrompere la catena di diffusione dell'infezione a livello di popolazione, al pari di quanto succede con le infezioni "ping-pong" che, rimbalzando da un partner all'altro, appaiono in molti casi di difficile gestione terapeutica.

**AMUNNI** – Credo che la vaccinazione HPV debba essere considerata un'azione di sanità pubblica e quindi, come tale, fortemente governata, monitorata e registrata. È razionale la scelta di vaccinare per classi successive in età giovanile puntando a indici di copertura elevati. Sono da promuovere tutte le valutazioni per definire la migliore integrazione tra vaccino e screening il cui valore deve essere costantemente riconfermato.

**TOSCANA MEDICA** – *Alla luce di tutte le considerazioni emerse fino ad ora e degli innegabili risultati positivi, potrebbe essere indicato chiedere a livello regionale oppure addirittura ministeriale un miglioramento ulteriore dell'offerta vaccinale?*

**MARCHIONNI** – Direi di sì, per esempio estendendo la vaccinazione anche ai maschi e a età successive rispetto alla fascia di gratuità per le donne, da cui diventa importante investire risorse per

stabilire se il soggetto al quale viene proposta la vaccinazione ha o meno l'infezione HPV in atto.

**CONFORTINI** – Io volevo solo ribadire il concetto che il massimo sforzo deve esser fatto per ricordare in continuazione alle donne vaccinate di non abbandonare assolutamente le campagne di screening. In futuro è auspicabile che le interazioni tra le aree del vaccino e dello screening diventino sempre più strette ed adeguate ai progressi della

ricerca in questo settore.

**AMUNNI** – Gli obiettivi per me più rilevanti sono la massima attenzione nella registrazione delle vaccinate, la titolarità della vaccinazione nell'ambito della sanità pubblica, il sostegno allo screening. Non escluderei, infine, azioni di solidarietà internazionale nei confronti dei paesi in cui il cervicocarcinoma ha una diffusione elevatissima

## Dopo due anni qualche opportunità in più

ANTONIO PANTI

**U**n primo dato è confortante. In Toscana la vaccinazione offerta alle coorti delle dodicenni e delle sedicenni ha registrato un buon successo. Oltre l'80% di vaccinate con una dose, il 78% con due dosi e il 62% con tre dosi. Un risultato positivo che è merito anche dell'impegno dei medici di famiglia e dei pediatri che hanno risposto con competenza alle richieste delle famiglie creando un clima giusto, senza allarmismi bensì fondato sulla concretezza dell'approccio. Altresì il cancro della cervice, malattia che colpisce 10 donne su 100.000, è assai meno diffuso nei paesi sviluppati proprio per merito della prevenzione. E questa si basa ora anche sul vaccino, che non è terapeutico ma profilattico e quindi può eliminare alla radice i casi di origine virale.

La protezione assicurata dai vaccini oggi in commercio è molto elevata, oltre il 70%, ma la possibilità di eliminare anche forme benigne, fastidiose e costose sul piano terapeutico, dovrebbe indurre all'uso di vaccini di maggior raggio di azione. Infatti i ginecologi hanno già notato la drastica riduzione anche delle lesioni benigne da quando sono in uso i vaccini anti HPV.

I nostri esperti hanno affrontato anche l'annosa questione del rapporto tra costi e benefici concludendo che, grazie anche alla diminuzione del prezzo del vaccino, non possono esistere dubbi sull'opportunità sociale dell'offerta vaccinica. Nello stesso tempo, pur estendendosi la vaccinazione, resta ferma la necessità non solo di mantenere lo screening alle donne non vaccinate ma di offrirlo con insistenza alle donne vaccinate quando avranno raggiunto l'età prescritta. Questa indicazione è molto importante, perché il virus HPV non è l'unica causa, anche se la più frequente, del carcinoma della cervice uterina.

Tutto ciò non deve provocare una caduta di tensione riguardo all'educazione sanitaria. Purtroppo questo fenomeno si è verificato nella lotta all'AIDS, che sembra stagnare mentre i casi aumentano, quasi che i farmaci o i vaccini facessero dimenticare le regole della prevenzione che nelle malattie a trasmissione sessuale non debbono mai essere trascurate, tanto più di fronte a patogeni come il virus HPV ad altissima contagiosità. Anche perché le terapie hanno costi infinitamente più elevati delle vaccinazioni. Educazione sanitaria, vaccinazione e screening, se ben diffusi e utilizzati, dovrebbero portare a una drastica diminuzione del carcinoma della cervice con grandi vantaggi umani e sociali.

In conclusione si rilevano i risultati soddisfacenti delle prime campagne vacciniche, la mancanza di reazioni avverse gravi, la richiesta di vaccinazione anche da parte delle coorti comprese tra i dodici e i sedici anni, cui la vaccinazione è offerta a domanda. Sembra opportuno offrire la vaccinazione fino a età molto maggiori di quelle cui ora è offerta. Le condizioni di questa offerta, assolutamente giustificata sul piano clinico, potrebbero essere il pagamento da parte della donna del prezzo pagato dalla ASL caricandosi il servizio sanitario della differenza, la somministrazione da parte di Centri pubblici di riferimento e la tenuta di un registro che, inoltre, consentirebbe di implementare le conoscenze sul vaccino e la ricerca scientifica. Ovviamente la vaccinazione offerta a donne in età sessualmente matura deve prevedere anche un test preventivo che accerti la mancanza di infezione, anche se donne già infettate e guarite hanno trovato giovamento dalla vaccinazione. Una serie di nuove indicazioni non irrilevanti per un futuro migliore per le donne.

TM

*Si ringrazia la **Sanofi Pasteur MSD**  
per aver contribuito alla realizzazione della pubblicazione*



# Affrontare il problema della sessualità: un approccio interdisciplinare

## Premessa

La diversità e l'unicità degli esseri umani si basano sull'incontro sessuato di individui di sesso opposto. Il fallimento parziale o totale di questo incontro dà luogo ad eventi patologici con caratteristiche molto diverse da quelli della nosografia medica classica, perché coinvolgono non il singolo individuo, ma la **coppia** di individui che si incontra. Essenzialmente la coppia può accusare un difetto riproduttivo, un difetto sessuale o entrambe. Nell'AOU Careggi già da molti anni la **patologia riproduttiva** viene affrontata indagando simultaneamente la coppia da parte di una équipe di esperti (ginecologo e andrologo-endocrinologo, a cui si affianca la consulenza dell'andrologo-urologo). L'équipe valuta collegialmente la problematica e disegna soluzioni terapeutiche appropriate. Questa strategia, oltre a evitare in un migliore intervento terapeutico, permette una maggiore e più rapida operatività, essenziale nei disturbi riproduttivi, che sempre più spesso sono accusati dalla coppia non più giovane.

## La patologia della sessualità

La **patologia della sessualità**, pur avendo radici e ripercussioni in entrambe i membri della coppia, non viene quasi mai indagata nella sua interezza, ma i singoli componenti si rivolgono individualmente a figure sanitarie distinte, molto spesso non inter-comunicanti e, purtroppo, anche non facilmente identificabili. A volte i problemi della sessualità, non trovando l'alveo sanitario corretto in cui defluire, rimangono nell'ambito della coppia, entrano in risonanza e si amplificano in modo geometrico, proprio perché la coppia è costituita da due individui diversi, entrambi in sofferenza. La Medicina della Sessualità ha come oggetto la promozione della salute sessuale e, per quanto detto prima, come soggetto la coppia.

Parimenti alla coppia con patologia riproduttiva anche la coppia con patologia della sessualità deve essere valutata e trattata simultaneamente, sfruttando le diverse competenze mediche del caso. La Medicina della Sessualità ha inoltre come

oggetto anche quelle situazioni in cui il concetto di identità sessuale contrasta con il sesso fenotipico (Disturbo di Identità di Genere), che viene, perciò percepito come fonte di profondo disagio ed emarginazione.

L'intervento di Medicina della Sessualità

deve essere non focalizzato in un'unica struttura centralizzata a livello dell'AOUC, ma, potenzialmente, diffuso sul territorio fiorentino, così da renderlo più agevole e fruibile. Si può stimare che circa il 10-20% delle coppie abbia problemi della sessualità. Anche se una minoranza (10%) di essi volesse affrontare il problema, si può stimare che circa 1-2% della popolazione generale necessita un ausilio medico specifico.

Le **competenze mediche** con interessi in Medicina della Sessualità sono da noi così essenzialmente individuate: Endocrinologo, Ginecologo, Urologo, Dermatologo.

L'**intervento medico** nel campo della sessualità può essere schematicamente diviso in intervento di risposta (o terapeutico) e intervento di proposta (o formativo).

L'**intervento di risposta (diagnostico-terapeutico)** è delegato a strutture di accoglienza ambulatoriale dislocate il più diffusamente possibile (per esempio una in AOUC al Cubo e, in ASL 10, a Villa Basilevsky, Prof. Torello Lotti, e all'Ospedale dell'Annunziata, Prof. Riccardo Bartoletti) in cui sia presente più giorni la settimana, un medico di qualsiasi delle succitate competenze, ma esperto nella Medicina della Sessualità (medico della sessualità *filtro*) che decodifichi la domanda, prepari e coordini l'intervento. L'intervento viene potenzialmente esteso ad entrambe i membri della coppia e può essere interamente svolto dal medico filtro, qualora abbia le competenze necessarie. Nel caso che l'intervento richieda competenze più specialistiche è previsto all'interno dello stesso contenitore la presenza, più diluita nel tempo (per es. una volta la settimana), di consulenti specialisti (medico della sessualità *consulente*) che si prendano carico del problema e lo elaborino in concerto con il medico

MARIO MAGGI

*SOD Complessa di Medicina della Sessualità e Andrologia  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi*

filtra. Un responsabile di SOD coordina il lavoro.

**L'intervento formativo.** Sia al medico filtro sia a quello consulente saranno affiancati medici della sessualità in *formazione*, provenienti da specifici programmi all'interno delle Scuole di Specializzazione sopra citate e da studenti in Medicina, durante il tirocinio del quinto anno. Si ritiene essenziale che gli studenti di Medicina, oltre a frequentare un corso teorico di Medicina della Sessualità, abbiano una palestra reale in cui verificare le loro conoscenze e costruire il lessico e la manualità, relativamente particolare, con cui interagire con la coppia disfunzionante nella sessualità. Questo intervento formativo porterà ad una diffusione della conoscenza della Medicina della Sessualità anche ai futuri medici di base.

L'intervento di proposta potrà essere esplicitato anche nei confronti della *popolazione generale*, per esempio con interventi mirati nelle scuole superiori (e inferiori), laddove la necessità di una corretta informazione sulla salute sessuale sia essenziale

durante la crescita adolescenziale.

La SOD avrà come momento unificante la strategia di intervento diagnostico-terapeutico. Per esempio saranno disegnate *ad hoc* piattaforme strutturate di raccolta anamnestica. Tale strategia è già utilizzata e validata dalla SOD di Andrologia del Dipartimento di Biomedicina ed ha permesso la realizzazione di pubblicazioni scientifiche e di brevetti che sono stati esportati in altre realtà italiane ed internazionali.

L'omogeneizzazione dell'intervento terapeutico permetterà di potere fruire anche scientificamente delle osservazioni terapeutiche e di potere attrarre eventuali protocolli di sperimentazione clinica, che favoriranno, in parte, il finanziamento della SOD stessa e delle Aziende.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [m.maggi@afc.unifi.it](mailto:m.maggi@afc.unifi.it)

TM

# Le sfide di oggi per il medico di comunità nel panorama socio-sanitario toscano

**I**l sistema dei servizi socio-sanitari toscani negli ultimi anni si è messo in discussione ed ha cercato di rispondere con scelte innovative al nuovo quadro epidemiologico.

Le variazioni epidemiologiche infatti hanno

cambiato drasticamente il panorama dei bisogni di salute, spostandosi verso l'asse delle malattie croniche dal decorso lungo e complesso.

Ciò ha comportato nel mondo ospedaliero l'evoluzione verso il modello per intensità di cura, che prevede una risposta per patologie acute o riacutizzate nei livelli di alta intensità di cura, con dimissioni sempre più precoci e netta riduzione di quelle che una volta erano chiamate "lungo degenze".

Una selezione che evidentemente ha provocato, nel mondo territoriale, l'aumento delle richieste di intervento da parte dei malati cronici, complessi, fragili, ai quali rispondere su più fronti, non solo quello sanitario, nel proprio ambiente di vita.

Fra questi due mondi, nei quali grossolanamente siamo abituati a suddividere i servizi per

la salute, diventa fondamentale garantire un filo diretto che consenta alla persona di vivere il suo percorso di cura senza interruzioni o addirittura contraddizioni.

A tal fine la Toscana ha voluto costruire percorsi di salute innovativi che vanno dalla scelta

politica della società della salute al coinvolgimento forte della società civile sugli stili di vita, dalla rivoluzione culturale della sanità di iniziativa alla progettazione integrata del progetto per la non autosufficienza, dalle riflessioni sulle cure intermedie nei vari contesti territoriali ai tentativi di sperimentare un modello innovativo come la casa della salute.

Fattore comuni a tutti loro è la costruzione di servizi integrati, multiprofessionali, capaci di gestire risorse umane ed economiche in modo flessibile e correlato ai bisogni della popolazione: un sistema organizzativo complesso, nel quale diventa indispensabile supportare i processi di salute con l'analisi dei bisogni, la progettazione degli interventi, il coordinamento dei professionisti coinvolti,

SIMONA DEI

Direttore Dipartimento Territorio  
Direttore SdS Valdarno Inferiore

fino al monitoraggio delle azioni e dei risultati delle azioni stesse.

È in questo contesto che, come medici di comunità, ci siamo interrogati su quale ruolo e quali responsabilità abbiamo all'interno del mondo salute della Regione Toscana.

### Chi siamo

Il Piano Sanitario Regionale 2008/10 definisce la Medicina di Comunità come “disciplina specialistica, branca della Sanità Pubblica, appositamente formata nell'organizzazione dei servizi sanitari di base e con specifica esperienza nel coordinamento dei servizi territoriali”.

Ed ecco la sostanziale differenza con gli altri colleghi delle discipline cliniche: medico organizzatore e non erogatore di servizi.

Ruolo di organizzazione che acquisisce valore particolare in un sistema di per sé complesso nel quale le prestazioni confluiscono nei progetti e i professionisti si integrano nelle reti.

Ruolo che necessita di specifiche competenze professionali, parte integrante del bagaglio culturale di un medico di comunità, che permettono di calarsi nei vari ambiti e fasi dei processi di salute:

- in ambito epidemiologico, per una corretta analisi dei bisogni di salute;
- durante la programmazione per individuare risposte appropriate anticipando la domanda;
- in fase di progettazione, per tradurre le strategie in attività coerenti con il sistema;
- sui principi di economia sanitaria, per garantire sostenibilità e valorizzazione delle risorse;
- nell'ambito del governo clinico, per garantire quella sintesi indispensabile fra i principi clinici rivolti alla persona e i valori comunitari;
- nel coordinamento, per attivare i percorsi, le uniche risposte efficaci per i bisogni complessi di oggi;
- nel momento della valutazione, per verificare l'applicazione dei progetti, i loro risultati, gli eventuali interventi correttivi;
- sul piano della leadership, per costruire team multi professionali motivati, flessibili, centrati sull'interesse delle persone e sul valore del contributo di ciascuno;
- con i compiti del management, nella sperimentazione di scelte innovative per un miglioramento continuo all'interno del panorama finanziario contemporaneo;
- nelle scelte di politica sanitaria, per rendere partecipe la comunità delle strategie politiche e dei loro vantaggi.

### Cosa facciamo

Bagaglio culturale alla mano, i medici di comunità possono così calarsi nei microcosmi organizzativi nei quali si realizzano ogni giorno le strategie politico-sanitarie, contribuendo alla loro funzionalità su vari fronti:

- come parte integrante della società della salute, partecipando attivamente alla definizione del piano integrato di salute, dove vengono individuati i bisogni prioritari e condivise le risposte appropriate;
- sulla complessità degli interventi territoriali, facilitando i passaggi e garantendo le relazioni professionali nell'Assistenza Domiciliare Integrata, nelle Cure Palliative, nei servizi ambulatoriali;
- nel ruolo di anello di congiunzione fra ospedale e territorio, nella condivisione dei percorsi assistenziali fra specialisti e medici del territorio, nel risolvere le contraddizioni interne del sistema, supportando il team clinico che affianca i malati cronici e le loro famiglie;
- come coordinatore della integrazione socio-sanitaria, determinante per realizzare il progetto della non autosufficienza, dove la costruzione del piano assistenziale personalizzato garantisce la presa in carico da parte dei servizi e della società civile (volontariato, familiari, ...), all'interno di un sistema monitorato, sostenibile, sempre rivolto alla persona;
- al fianco della medicina generale, per realizzare insieme accordi integrativi condivisi, per confrontarsi sulle strategie di governo clinico indispensabili per costruire risposte appropriate ai bisogni di salute dei singoli e sostenibili da parte della comunità, per supportare la sperimentazione dei modelli innovativi della sanità toscana, come la casa della salute e la sanità di iniziativa.

### La sfida

Non è esagerato parlare di sfida professionale, quando si pensa al ruolo che il medico di comunità aveva fino a qualche anno fa nelle unità sanitarie locali, attento nella fase del controllo, della autorizzazione, della certificazione.

E sentirsi parte del sistema è la vera motivazione per lavorare seriamente in ogni professione, formandosi in modo appropriato laddove necessario, misurando le proprie competenze e definendo il proprio ruolo nel sistema, per sfidarsi continuamente e crescere.

In Toscana tutti i professionisti della salute, e i medici di comunità con loro, sono chiamati a crescere, lavorando in rete, ognuno con le proprie competenze e la propria identità, portando un contributo insostituibile che arricchisce la risposta sanitaria e la rende sempre più vicina ed adeguata ai bisogni di oggi.

E se questi contributi vengono inseriti in un sistema in continuo miglioramento, flessibile e pronto a reinventarsi ogni giorno, capace di coinvolgere tutte le forze in gioco, possiamo sperare di riuscire a raggiungere il vero obiettivo: svolgere un ruolo determinante per la salute della comunità in cui viviamo.

Nessuno può permettersi di stare in panchina, neppure i medici di comunità. **TM**

# La psichiatria della disabilità intellettiva

## Firenze al centro delle nuove tendenze internazionali dell'Associazione Mondiale di Psichiatria

**Q**ualche mese fa si è svolto a Firenze, nei suggestivi locali della Fortezza Da Basso, il Congresso Internazionale dell'Associazione Mondiale di Psichiatria (WPA) che ha richiamato nel capoluogo toscano circa 9000 specialisti da tutto il mondo.

Tra i vari ambiti della psichiatria grande rilevanza è stata data ai problemi della Disabilità Intellettiva (DI), ex ritardo mentale, che ha infatti ricevuto un ampio spazio in termini di simposi ed articolazione dei contributi scientifici. La WPA ha concesso alla sezione della DI (WPA-SPID) tre diverse sessioni, dove sono stati affrontati e dibattuti nell'ordine i temi dell'inclusione sociale, della gestione dei disturbi comportamentali e della valutazione psichiatrica.

Nel **primo simposio** è stata posta l'attenzione sulle difficoltà che spesso le Persone con Disabilità Intellettiva (PcDI) incontrano durante i loro percorsi terapeutici, riabilitativi e assistenziali.

Nel mondo la prevalenza della DI, ex Ritardo Mentale, è stimata fra il 2 e il 4,5% della popolazione. È in diminuzione nei paesi europei più sviluppati, mentre risulta in forte crescita nei paesi in via di sviluppo. Rispetto alla popolazione generale le persone con DI hanno un'aspettativa di vita più bassa, una maggiore vulnerabilità psichica e somatica che si esprime con una prevalenza di malattie e disturbi molto più elevata. Nonostante queste evidenze le persone adulte con DI hanno un tasso molto più basso di assistenza adeguata ai bisogni di salute (circa 1/3 della popolazione) e difficoltà molto più grandi nel raggiungere i servizi. Anche l'assistenza ospedaliera è fortemente carente, a partire dalle strutture di pronto soccorso. La proporzione fra bisogni soddi-

sfatti e non soddisfatti scende addirittura a 1/4 in riferimento alla salute mentale.

Questa drammatica condizione dei servizi sanitari è strettamente legata a limiti altrettanto marcati della conoscenza scientifica e della ricerca.

Nel simposio sono stati presentati diversi programmi di intervento volti a migliorare la

qualità di vita ed a favorire l'inclusione. Quest'ultimo concetto è stato trattato in riferimento a due diverse accezioni: quella di inserimento nella comunità e quella di opportunità di esperienze di successo nella quotidianità. Sono stati quindi descritti diversi modelli di residenzialità, per incontrare le esigenze altrettanto variegate di una popolazione estremamente eterogenea. La cooperativa sociale WORK 2000, con sedi nella Valdichiana ma con utenza proveniente da tutta la nazione, affianca residenze a maggior livello assistenziale ad altre rappresentate da piccoli appartamenti per la vita indipendente o piccole strutture con finalità occupazionale. AMG (Assistenza Minorati Gravi) della Misericordia di Firenze realizza un villaggio, denominato San Sebastiano, nel comune dell'Impruneta, in linea con principi innovativi e nuovi criteri di efficacia. Tale villaggio è stato pensato in modo da rendere effettiva la prospettiva d'inclusione come possibilità di trovare nell'ambiente fattori per quotidiane esperienze di successo. Inoltre esso supporta scambi controllati con la realtà territoriale circostante, favorisce lo sviluppo di relazioni sociali, culturali ed affettive, in modo da concretizzare la trasformazione della residenza per disabili da "un istituto in cui stare" ad "una casa in cui abitare". Anche il progetto architettonico, che ha affidato i principi psico-ecologici suggeriti dal comitato scientifico all'esperienza internazionale

MARCO BERTELLI<sup>1</sup>, MICHELE ROSSI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Psichiatra - Psicoterapeuta, Direttore CREA (Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG) della Misericordia di Firenze, Presidente WPA-SPID (Associazione Mondiale di Psichiatria-Sezione Disabilità Intellettiva)*

<sup>2</sup> *Psichiatra - Psicoterapeuta, Ricercatore CREA, Ricercatore Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche Università di Firenze*

dell'architetto David Palterer, tende a valorizzare le risorse psichiche istintuali ed emotive e a riservare ad un livello successivo d'interazione quelle logiche e deduttive. Le cifre del colore, la consistenza tattile delle superfici e la forma architettonica dei fabbricati aiutano ad identificare il proprio luogo di appartenenza e a riconoscere i servizi e la destinazione d'uso dei vari locali. Il villaggio San Sebastiano, che si propone come un centro di riferimento nazionale per la valutazione e la riabilitazione dei disabili intellettivi, sviluppa un nuovo modello di inclusione sociale volto al conseguimento di un adeguato livello di qualità della vita, intesa come ottimizzazione della relazione individuale fra attribuzione di importanza e percezione di soddisfazione nei vari ambiti di vita con riferimento a tutta l'esistenza.

Nel **secondo simposio** è stato trattato il tema della gestione, spesso problematica, dei disturbi comportamentali. Particolare importanza è stata attribuita alla precocità dell'intervento di tipo ambientale-psicologico, piuttosto che all'immediatezza dell'applicazione di un trattamento farmacologico. Qualora necessari i farmaci andrebbero attentamente individualizzati, selezionati in base alla psicopatologia presente e utilizzati comunque in associazione ad altri interventi non farmacologici. È stato anche affermato che l'uso di antipsicotici di nuova generazione, in particolare clozapina, olanzapina, risperidone e quetiapina, sarebbe da preferire a quello dei neurolettici tradizionali, frequentemente responsabili di effetti indesiderati a maggior impatto sulla PcDI e sulla sua qualità di vita generica.

Le difficoltà nella valutazione clinica, dovute a presentazioni spesso peculiari o atipiche, sono state il tema centrale del **terzo simposio**. Qui è stato posto l'accento sulla inapplicabilità dei diversi sistemi classificativi internazionali utilizzati nella popolazione generale, sulle incongruenze degli attuali tentativi di adattamento alla popolazione con DI e sulla mancanza di un apparato diagnostico univoco.

Due delle quattro comunicazioni di questo simposio sono state dedicate alla descrizione della conferenza nazionale di consenso sull'approccio ai problemi di salute mentale della PcDI che la Società Italiana per il Ritardo Mentale (SIRM), la Società Italiana di Neuro-Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), la Società Italiana di Psichiatria Geriatrica (SIPG), la Società Italiana di Pediatria (SIP), l'Associazione Italiana per lo studio della Qualità di Vita (AISQuV) e la Società Italiana di Audiologia e Foniatria (SIAF) hanno appena completato. I capisaldi di tale conferenza sono stati individuati nella multidisciplinarietà, nella considerazione dell'intero arco di vita e nella qualità della vita come misura di esito.

Ulteriori novità di ricerca hanno riguardato l'impatto dei disturbi psichiatrici sui comporta-

menti adattivi e sulle abilità della PcDI. I dati delle nuove ricerche sembrano indicare un impatto negativo statisticamente significativo dei disturbi psichiatrici sulle abilità di autonomia, soprattutto quelle domestiche e di vita quotidiana. Tale impatto sarebbe superiore a quello di altre condizioni mediche, inclusi molti disturbi neurologici.

Ai simposi hanno partecipato alcuni fra i principali esperti mondiali del settore, quali Luis Salvador-Carulla, docente di Psichiatria della DI all'università di Cadice (Spagna) ed ex-presidente della WPA-SPID, Antony Holland, docente di disabilità dell'apprendimento all'università di Cambridge (Regno Unito) e direttore del Journal of Intellectual Disability Research (JIDR, la rivista scientifica più importante del settore), Angela Hassiotis, professoressa del dipartimento di scienze di salute mentale dell'UCL di Londra, Shoumitro Deb, docente di neuropsichiatria della disabilità intellettiva all'Università di Birmingham (Regno Unito) e vice-presidente della WPA-SPID, Sally-Ann Cooper, professoressa di disabilità di apprendimento all'università di Glasgow (Regno Unito) e co-direttore di JIDR. Il contributo della ricerca italiana è stato apprezzato da tutti ed il nuovo Centro di Ricerca ed Evoluzione AMG (CREA), che ne è stato il coordinatore principale, sembra esser stato individuato come sede di riferimento per molte delle principali collaborazioni internazionali future. Firenze, già sede della Società Italiana per lo studio del Ritardo Mentale (SIRM) e delle attività nazionali da essa coordinate, amplifica così il suo valore scientifico-culturale nel settore della salute mentale della DI.

CREA si definisce come ente di ricerca scientifica e di evoluzione scientifico-culturale per il gruppo AMG (Assistenza Minorati Gravi) della Misericordia di Firenze. Ha per scopo lo sviluppo di ricerca e diffusione di conoscenza scientifica, nonché la promozione dei presupposti per finanziamenti e altri sostegni volti alla produzione di risorse di eccellenza. Le attività di CREA sono organizzate in quattro gruppi principali interconnessi: clinica, riabilitazione, ricerca e formazione. Le attività cliniche e riabilitative sono orientate alla strutturazione di un intervento multi-disciplinare ed all'ottimizzazione della sua modalità integrativa. Le attività di ricerca prevedono un'articolazione in dipartimenti, unità operative di area e Unità di Ricerca ad Interesse Speciale (URIS), caratterizzati per competenze, attrezzature ed esperienza dei ricercatori.

Al progetto CREA partecipa anche la Cooperativa Sociale WORK 2000 di Castiglion Fiorentino (AR), che, tra le altre cose, fornisce una borsa di studio ad uno dei giovani ricercatori dello staff.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [marcobertelli@inwind.it](mailto:marcobertelli@inwind.it)

TM

# L'assistenza al paziente con patologie croniche

*I medici di medicina generale, Animatori di Formazione (AdF) della Regione Toscana, riuniti in provincia di Massa Carrara, località Cinquale, per un Master formativo, sono arrivati alla stesura condivisa del seguente documento.*

➤ La maggior parte dei pazienti affetti da malattie croniche presentano più patologie e spesso fragilità sociali la cui interazione produce condizioni cliniche complesse. I modelli assistenziali orientati alla singola malattia devono essere pertanto integrati, nel singolo caso, in modo da realizzare percorsi di cura indirizzati alla persona nella sua costellazione di comorbidità.

➤ Quello della malattia cronica è un ambito povero di ricerca e di conoscenze acquisite, soprattutto per quanto riguarda i percorsi di cura complessi e i sistemi integrati. È un ambito nel quale si opera spesso per analogia, con evidenti difficoltà di applicazione dei dati di letteratura, senza prove di evidenza.

➤ La medicina generale (MG) rappresenta la disciplina che meglio può gestire la cronicità, per il suo orientamento alla persona, il centrarsi sul contenimento dei disturbi, l'accettazione e la gestione delle diagnosi incerte, la continua risposta all'esigenza di costanti interazioni e comunicazioni tra operatori, utenti e loro familiari.

➤ La gestione delle malattie croniche può per questo diventare luogo di osservazione privilegiata per rispondere ad una forte domanda di senso da parte di tutta la società.

➤ L'approccio culturale della medicina generale può in particolare identificare e perseguire obiettivi assistenziali diversi ma integrabili con quelli tradizionalmente adottati in ambito sanitario: stato funzionale, qualità di vita, capacità di convivere con le difficoltà cliniche e psicosociali, qualità della relazione medico-paziente, soddisfazione del paziente.

➤ Per ottenere questi risultati è peraltro necessario che la medicina generale sia sostenuta da un sistema sanitario che riconosca la sua dimensione culturale; la consideri una risorsa del servizio sanitario **nei fatti**, non solo a parole; le destini quelle risorse necessarie per poter assumere le responsabilità che le derivano dal gradimento e la fiducia di cui gode.

➤ Nella gestione di percorsi assistenziali, a livello di ASL, area vasta, regione, la medicina generale ravvisa la necessità di condividere la definizione dei processi di cura attraverso passaggi obbligati.

➤ I percorsi assistenziali devono avere un'adeguata diffusione mediatica nell'ambito della comunità, inoltre al personale degli ambulatori dei medici di medicina generale, al personale del distretto e delle strutture ospedaliere, con chiare indicazioni dei compiti affidati e delle responsabilità alle diverse figure professionali interessate.

➤ È necessaria un'alleanza con la comunità degli assistiti, la società civile, attraverso contatti con le associazioni di malati, incontri su argomenti specifici nelle sedi delle medicine di gruppo, in aule assembleari delle scuole od in altre strutture ritenute adeguate dalla medicina generale, incontri pubblici con le istituzioni e le rappresentanze dei cittadini (le Società della Salute).

➤ È indispensabile raccogliere dati sull'attività quotidiana. Punto di partenza possono essere le organizzazioni strutturate come la formazione specifica in medicina generale e la formazione continua degli operatori.

➤ Devono essere elaborati indicatori di qualità specifici della medicina generale e delle cure primarie, in parte clinici, in parte in grado di descrivere quelle componenti assistenziali scarsamente oggettivabili ma non per questo non valutabili e descrivibili, pena il rischio di negare la consistenza di molte caratteristiche specifiche della disciplina.

➤ Tali indicatori dovranno essere utilizzati per il confronto con istituzioni che si occupano di qualità in ambito sanitario.

➤ Si enfatizza la necessità di strutture organizzate per l'assistenza e la didattica sul territorio, ad esempio le Unità di medicina generale (UMG), con gruppi di medici variabili a seconda delle caratteristiche demografiche e oro-geografiche.

➤ Per raggiungere gli obiettivi di cui sopra è decisiva e strategica l'istituzione dei Dipartimenti di medicina generale, all'interno del Sistema Sanitario Regionale, dove la formazione viene organizzata secondo modelli di didattica tutoriale e vengono trasmesse agli studenti del corso di Medicina ed ai medici in formazione post-laurea le competenze proprie della disciplina medicina generale e si impara la pratica attraverso esperienze professionalizzanti sul campo che compren-

dano oltre alla clinica il disease management, la medicina di iniziativa per la gestione dei malati cronici, la gestione delle risorse economiche ed umane nell'ambito delle cure primarie, le competenze gestionali per partecipare alla governance, la revisione sistematica (audit) delle attività cliniche e gestionali, etc. I dipartimenti costituiscono la prova tangibile che la medicina generale è una disciplina medica pienamente legittimata e riconosciuta nell'ambito del panorama sanitario

ed istituzionale del SSN con un ruolo imprescindibile e centrale nell'ambito delle cure primarie.

➤ La medicina generale toscana si compiace per l'adozione di modelli anglo canadesi di Chronic Care Model (CCM) da parte della Regione Toscana, certa che verranno valutati, implementati, applicati alla luce della plurisecolare tradizione medica che ha portato l'Italia e la Toscana ad avere salute e tempi di vita tra i migliori del mondo.

**TM**

#### FIRMATARI:

Domenico Aloisi  
Giuliana Bondielli  
Giampaolo Collecchia  
Pier Lorenzo Franceschi  
Massimo Maccanti  
Daniele Spina  
Alessandro Squillace  
Filippo Calcini  
Stefano Giovannoni  
Saffi Giustini  
Giovanni Carriero  
Carlo Ressel  
Norberto Cerretelli  
Gemma Laschi  
Giovanni Susini  
Andrea Santini  
Alessandro Bussotti

Renzo Vannucci  
Marco Bartoli  
Giuseppe Galli  
Mauro Mugnai  
Alessandro Russova  
Marcello Grifagni  
Eugenio Pattarino  
Fabrizio Bigazzi  
Giulio Rosellini  
Marcello Sbrilli  
Guglielmo Menchetti  
Alessio Nastruzzi  
Gianfranco De Feo  
Roberto Romizi  
Romeo Zoli  
Nino Giudicelli  
Bruno Gini

Giuseppe Paladino  
Paolo Monicelli  
Michele Arpaia  
David Coletta  
Lucia Caldini  
Guido Pastacaldi  
Tosco Alderighi  
Giorgio Medagliani  
Pio Urbani  
Mauro Ruggeri  
Andrea Salvetti  
Loretta Polenzani  
Stefano Moscardini  
Pasquale Cognetta  
Walter Ricceri

# Chronic Care Model ed intensità di cure

## Un modello di cura del SerT basato sulle evidenze

### La dipendenza come malattia cronica recidivante?

Alcuni decenni or sono l'Organizzazione Mondiale della Sanità definì la tossicodipendenza "malattia cronica recidivante": concetto che permise di liberare le condizioni di "addiction" da visioni moralistiche e "punitive"

e di poterne affrontare laicamente il trattamento medico, ma allo stesso tempo costrinse e tuttora costringe un fenomeno umano altamente complesso quale quello delle dipendenze dentro una

logica riduzionistica e lineare. Il concetto stesso di "cronico recidivante" può inoltre indurre gli operatori a considerare gli utenti come portatori di una patologia "inguaribile" o comunque caratterizzata

da elevatissima tendenza alla cronicizzazione ed a mettere in atto modalità relazionali idonee ad una patologia croni-

ca permanente le quali, in base al fenomeno della "previsione che si avvera", tendono proprio a favorire quello scenario di cronicità per il quale vengono pensate e proposte come le più adatte. In altre

UGO CORRIERI

*Responsabile Unità Funzionale Dipendenze  
Area Grossetana*

parole una definizione di cronicità, coniata per condivisibili scopi di emancipazione da una gogna morale e poi ripresa da moderni sistemi classificatori (DSM), può paradossalmente favorire la “cronicizzazione iatrogena” degli utenti ed incontrare la critica costruttiva di molti che concepiscono la terapia delle condizioni di dipendenza patologica finalizzata a concrete possibilità di miglioramento e guarigione.

### Il “Chronic Care Model”

Com'è noto, il Chronic Care Model (CCM) è un modello di assistenza medica sviluppato dal professor Wagner del McColl Institute for Healthcare Innovation, in California, alla fine del secolo scorso che propone una serie di cambiamenti per favorire il miglioramento della condizione dei pazienti cronici e suggerisce un approccio “proattivo” del personale, con i pazienti che diventano parte integrante del processo terapeutico-assistenziale.

Il CCM stratifica la popolazione portatrice di problemi di salute in tre livelli di necessità assistenziali correlati ad altrettanti livelli di rischio, cui si deve far fronte con tre approcci distinti: 1) al livello inferiore, il cosiddetto “supported self-care” (“autogestione guidata”), che dovrebbe riguardare il 70-80% dei pazienti, tutti quelli a basso rischio di scompenso; 2) al livello intermedio, il “disease specific care management” (“management specialistico della malattia”), che interesserebbe il 15-20% della popolazione, quella ad alto rischio di scompenso; 3) in cima alla piramide dei pazienti, il “case management” in senso stretto, che riguarderebbe il 2-3% della popolazione: quei pazienti con condizioni altamente complesse, oggetto di più interventi terapeutici specialistici, per coordinare i quali è nominato un “Case Manager” (di solito un infermiere). Il “Case Manager” (vedi Piano Sanitario Regionale 2008-2010 della Regione Toscana alla voce 5.6.2.1 “Salute Mentale”) “è il responsabile dei processi di cura, che segue le diverse fasi del progetto terapeutico-riabilitativo ed ha il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale, l'apporto integrato delle varie professionalità e l'attivazione dei servizi socio-sanitari previsti”.

Al di sotto della piramide di pazienti si trova l'ampia base dei cittadini esposti ai fattori di rischio, nei confronti dei quali vengono effettuati interventi di promozione della salute.

Il CCM è quanto mai utile perché sostituisce l'attesa dell'evento acuto (malattia, scompenso) con un approccio proattivo, improntato al paradigma preventivo dell'evitamento o del rinvio nel tempo della progressione della malattia; punta essenzialmente alla valorizzazione delle risorse (“empowerment”) del paziente e della comunità; ha già dimostrato, in studi di metanalisi, evidenti benefici in termini di outcome clinici, di processi di cura e di qualità della vita dei pazienti; ha già ispirato una radicale revisione del modello di

assistenza sociosanitaria britannico ed appare destinato ad ispirare anche l'organizzazione dell'offerta assistenziale italiana nei prossimi decenni.

### I carichi di lavoro in un SerT

Nell'anno 2008, in base ai dati del Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze (SIRT), presso la Unità Funzionale Dipendenze Area Grossetana, di cui sono responsabile, si sono avuti 560 utenti in carico (487 in terapia sostitutiva, 67 per alcol dipendenza e 6 per gioco d'azzardo patologico), a cui si sono aggiunti 90 utenti in carico ad altri servizi ma appoggiati in terapia presso di noi. In totale si sono avuti oltre 900 contatti (comprendendo anche visite per pazienti di guida, colloqui su invio della Prefettura, consulenze varie). Tutto ciò a fronte di 2 dirigenti medici, 3 dirigenti psicologi, 4 infermieri, un educatore, un assistente sociale, un sociologo ed un amministrativo, con l'aggiunta di me quale responsabile che, addetto alle molteplici funzioni organizzative, può utilizzare se stesso per attività cliniche realisticamente non oltre il 50-60%.

Considerando solamente i casi in carico terapeutico, ogni medico ha seguito oltre 250 pazienti ed oltre 200 ogni psicologo. Il confronto tra i numeri dimostra come sia irrealistico e inattuabile un modello terapeutico uniforme che attribuisca aprioristicamente ad ognuno degli oltre 600 pazienti condizioni altamente complesse ed un Case Manager come responsabile dei processi di cura e come sia ineludibile procedere a decodificare la domanda mediante un “trriage” che indirizzi l'utenza verso percorsi assistenziali distinti a seconda dei differenti bisogni dell'utenza medesima. La concezione di questi percorsi deve essere ovviamente basata per quanto possibile su prove di evidenza.

### Chronic Care Model e Intensità di Cure nel sistema assistenziale SerT

Abbiamo visto come il Chronic Care Model ci fornisca un modello di intervento territoriale, su elevati numeri di utenza caratterizzati da patologia cronica, già ampiamente validato da prove basate sull'evidenza. La maggior parte dei pazienti, tutti quelli a basso rischio di scompenso, viene indirizzata verso l'autocura, valorizzando le risorse delle persone, delle famiglie e della comunità e rendendo possibile un'assistenza sociosanitaria efficace nei confronti di grandi numeri di popolazione, a fronte della inevitabile limitazione degli operatori sociosanitari. Abbiamo anche visto come il CCM presenti, nel campo delle dipendenze, la specifica debolezza del modello riduttivo della patologia cronica a fronte di un fenomeno complesso quale quello dell'addiction.

Questo difetto può essere mitigato prendendo a prestito elementi da un altro modello, quello dell'Ospedale per Intensità di Cure. Com'è noto, anche questo si basa sull'imperativo sociale della qualità delle cure associato alla necessità di un

utilizzo efficiente delle risorse, stabili o calanti, in un'ottica di sostenibilità del sistema e si realizza strutturando anch'esso le attività in 3 livelli, quelli di alta, media e bassa intensità di cure. Pensato per l'ospedale, può fornire un contributo importante anche ad una assistenza territoriale mediante i concetti intrinseci di evolutività e di tendenza al passaggio per ogni caso, anche il più critico, verso un'intensità di cure minore ed il ritorno alla salute: cosa quanto mai auspicabile nel campo delle dipendenze.

Possiamo quindi opportunamente concepire, per l'attività della U.F. Dipendenze, un modello costituito dal CCM modificato dal contributo evolutivo dell'Intensità di Cure, che preveda 3 fasce di utenza e di risposte terapeutico-assistenziali.

Il primo livello è quello dell'alta intensità; corrisponde al "Case Management" per quei pazienti altamente complessi che, secondo la definizione del CCM, sviluppano più di una seria condizione (co-morbidità): ad esempio dipendenti con gravi problemi organici, con figli minori a rischio di abbandono e così via, il cui trattamento richiede un Manager del Caso che "tiri le fila" di tutto ciò. Da una prima analisi dei casi in carico al nostro Servizio, sono stati censiti circa 20 utenti multiproblematici, corrispondenti a circa il 3,5 % del totale dell'utenza: perfettamente in linea con quanto ipotizzato dal CCM. A ciascuno verrà attribuito un Case Manager, nella persona di un infermiere, e tali casi verranno supervisionati con periodica regolarità nelle riunioni di Servizio.

Il secondo livello è quello del "Disease Management", per gli utenti che necessitano di cure di alta qualità, di intensità "media", da parte dell'équipe multiprofessionale del SerT. Sono i pazienti ad alto rischio, ma non multiproblematici, che rimarranno attribuiti come pazienti ambulatoriali ai singoli dirigenti medici e psicologici, in un contesto di terapia integrata fornita dal team multiprofessionale. Si prevede che siano circa il 15-20% degli utenti in carico, cioè circa 150-180 pazienti: un carico di lavoro accettabile per prestazioni di media intensità di cure da parte dei professionisti e dei team (psicoterapie individuali, familiari e di gruppo, terapie farmacologiche integrate, programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati e quant'altro).

Al terzo livello, quello della bassa intensità e del supporto all'autocura, verranno attribuiti tutti quei pazienti "a basso rischio di scompenso", prevedibilmente il 70-80% degli utenti in carico, i quali - in equilibrio dinamico con le altre due classi di utenti - potranno partecipare alla loro cura come attivi protagonisti sia nel senso di prevenire complicanze, sia soprattutto di sviluppare le risorse della propria persona e del proprio entourage familiare e sociale, sviluppando circoli virtuosi

che convergano verso il recupero della salute e il ritorno alle condizioni di appartenenza alla popolazione generale, esposta ai fattori di rischio ma non più bisognosa di assistenza. Si prevede che ne facciano parte la gran parte dei pazienti stabilizzati in terapia di mantenimento con farmaci sostitutivi e coloro i quali vengono indirizzati alla partecipazione a gruppi, anche multifamiliari, di supporto e terapia, a gruppi di auto-mutuo-aiuto così come ad interventi da parte delle Associazioni di Volontariato che collaborano col SerT. Rimarranno attribuiti ai dirigenti medici e psicologi come utenti in carico ambulatoriale, sia pure nella fascia dei pazienti stabilizzati ed attivi protagonisti dei loro percorsi verso il benessere.

L'attribuzione alle tre classi va concepita in maniera dinamica: per ogni utente in carico al SerT è prevista la rivalutazione del caso come minimo ogni 90 giorni, durata massima di validità del piano terapeutico.

### Conclusione

La complessità dei fenomeni delle dipendenze patologiche si incontra con l'esigenza di nuovi modelli organizzativi che tengano necessariamente conto del bisogno di coniugare la qualità ed efficacia delle cure con la limitatezza e l'uso efficace delle risorse e con la utilità di politiche sanitarie che sviluppino l'empowerment delle persone, delle famiglie e della comunità.

Il Chronic Care Model, arricchito con spunti evolutivi tratti dal Modello per Intensità di Cure, può fornire un valido contributo per l'organizzazione di un moderno modello terapeutico-assistenziale dei Servizi per le Dipendenze, da sostanze e comportamentali, tenendo conto soprattutto del numero elevato e della frequente lunga persistenza in carico degli utenti di fronte alle moderate risorse disponibili ed alla conseguente necessità di rivedere e differenziare la calibrazione degli interventi, sinora spesso basati sul modello unico del progetto terapeutico individualizzato attuato dai team multiprofessionali sotto la responsabilità di un Case Manager: modello insostituibile per i casi multiproblematici ad alta complessità ma inattuabile in modo generalizzato.

La stratificazione degli utenti in tre livelli di bisogno e necessità assistenziali, correlati ad altrettanti livelli di rischio e di intensità di cure, costituisce non solo una razionalizzazione degli interventi ma anche e soprattutto una nuova concezione dinamica del lavoro dell'équipe multiprofessionale SerT e dei percorsi terapeutici compiuti dagli utenti: concepiti come evolutivi e tendenti al cambiamento, all'autocura ed alla partecipazione attiva degli utenti.

TM

# Aspetti psicologici del paziente con incontinenza urinaria

## CONTESTO

Soffrono di incontinenza urinaria circa un terzo delle donne e un quinto degli uomini, il 40% dei pazienti ospedalizzati ed il 70%-80% dei pazienti ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite.

L'incontinenza urinaria rappresenta ancora un tabù nella nostra società e chi ne soffre, prima che evolva in vere e proprie patologie, ne parla poco e mal volentieri, assumendo spesso un atteggiamento di rassegnazione, che può costituire un freno alla possibilità di curarsi.

Non occultare l'incontinenza è il primo passo per poterla affrontare, purché ai cittadini sia garantito l'accesso a servizi di qualità, con livelli di risposta differenziati per le varie esigenze, prevedendo anche l'attivazione di centri specialistici di riferimento per le incontinenze complicate, che contemplino la presenza di équipe interdisciplinari.

A tale tema è stato dedicato un Convegno organizzato da Cittadinanzattiva Toscana ONLUS e dal Tribunale per i diritti del malato: "L'incontinenza urinaria: Attualità, Prospettive e Diritti nel Servizio Sanitario della Regione Toscana", evento facente parte delle "Giornate Regionali di Sanità" che individuano, di volta in volta, temi di peculiare rilevanza aperti alla partecipazione e alla discussione dei cittadini e degli operatori della sanità.

All'interno del programma del Convegno, è stato inserito anche un intervento del Centro Regionale sulle Criticità Relazionali (CRCR), data la consapevolezza dei risvolti psicologici di tale disturbo e dell'importanza di tenerne conto per un prendersi cura che voglia occuparsi del paziente nella sua complessità.

## PSICOLOGIA E INCONTINENZA URINARIA

I pazienti con incontinenza urinaria presentano con una certa frequenza alcune problematiche e meccanismi psicologici, come emerso anche dall'attività clinico-consulenziale del CRCR.

Innanzitutto pensiamo al vissuto di vergogna, spesso riferito dai pazienti. Per capirne, almeno in parte, i meccanismi soggiacenti, è importante rifarsi al processo di sviluppo psico-affettivo.

In particolare, il bambino esperisce come al non contenere segua un rimprovero, o comunque un segnale di disapprovazione da parte del mondo adulto e come, invece, quando riesce a contenere, venga elogiato. Progressivamente, attraverso il sistema di rinforzi positivi e negativi, si sviluppano delle associazioni conseguenti e il non riuscire a contenere finisce per elicitare il sentimento di vergogna.

Inoltre, fin da piccoli, si è incoraggiati a coprire le cosiddette "parti intime" e viene così "censurata" l'esibizione di alcune parti del corpo. Finisce così per delinearci una "mappatura corporea", caratterizzata da una relazione inversamente proporzionale tra il grado di disponibilità delle parti del corpo e la valenza affettiva ad esse associata. Ciò a ricordarci come, quando si sviluppa una qualche patologia, non sia banale affidare alle cure mediche e, dunque, rendere disponibili parti del corpo "censurate".

Riflettendo sul cosiddetto processo di adattamento alla patologia, appare evidente come, nel caso dell'incontinenza urinaria, si stabilisca un paradosso: la necessità di adattarsi a qualcosa di imprevedibile, data la frequente violazione delle aspettative, o meglio, la non possibilità di formulare ipotesi circa la disponibilità o meno del proprio corpo.

White (1959) ci ricorda che la sensazione di dominare il proprio ambiente e le proprie esperienze è così importante che cerchiamo di provarla ogni volta che possiamo e sappiamo che esiste una relazione inversamente proporzionale tra possibilità di controllo e componente ansiosa.

Nel caso di pazienti con incontinenza urinaria, il timore di un incidente imputabile alla perdita del controllo vescicale può indurli a modificare il proprio stile di vita e adottare meccanismi di "adattamento preventivo", come limitare i propri spostamenti quotidiani ai soli luoghi e percorsi in cui conoscono la collocazione dei servizi igienici ("mappatura delle toilette"), ridurre l'assunzione di liquidi, indossare assorbenti o pannoloni, andare in bagno in maniera "difensiva" (prima di lasciare il posto di lavoro, di uscire di casa o di andare in qualunque altro luogo).

GIULIA BAZZANI\*, LAURA BELLONI\*\*,  
DOMENICO GIOFFRÈ\*\*\*

\* Psicologo clinico e Psicoterapeuta, Centro Regionale sulle Criticità Relazionali, AOU Careggi, Firenze

\*\* Psichiatra e Psicoterapeuta, Responsabile Centro Regionale sulle Criticità Relazionali, AOU Careggi, Firenze

\*\*\* Coordinatore del Tribunale per i diritti del malato della Regione Toscana, Pisa

Appare evidente come la qualità della vita di questi pazienti risulti influenzata a più livelli: psicologico, sociale, relazionale, affettivo, sessuale, con un conseguente possibile sviluppo di sintomi depressivi reattivi, restringendosi il “campo del possibile” della persona stessa.

Inoltre, consapevoli dell'importanza per il benessere psichico dei meccanismi di attribuzione causale, quando il paziente, dopo una serie di episodi di incontinenza senza riuscire a trovarvi una soluzione, inizia a sviluppare un'aspettativa di mancanza di controllo e si sente impotente, può sviluppare un atteggiamento definito di “impotenza appresa”, che costituisce un fattore di rischio rispetto al possibile sviluppo di umore depresso. Pertanto, sapendo come, non di rado, il vissuto di questi pazienti sia caratterizzato dal senso di colpa, è importante che siano aiutati a modificare eventuali attribuzioni irrazionali di senso relativamente alle cause del proprio disturbo.

Infine, non possiamo non accennare ai riflessi dell'incontinenza urinaria a livello identitario, in particolare per quanto riguarda la fascia di età tra i trentacinque ed i sessant'anni (comunque rappresentata), rimandando tale problematica, nell'immaginario collettivo, al tempo dell'infanzia e della senilità. Viene a realizzarsi, dunque, come uno scollamento temporale: tra aspetti in parte senili, in parte regressivi, quale immagine presen-

te può costruirsi il paziente?

Un obiettivo da porsi è sicuramente quello di aiutare le persone che convivono con tale disturbo a sviluppare un *locus of control* interno, ovvero far sì che sentano di poter incidere sulla situazione. Ma, affinché il paziente diventi attore consapevole, risulta fondamentale conoscere.

In tal senso, si pone la necessità di un cambiamento anche di tipo culturale, al cui fine sembra auspicabile che questa patologia diventi più frequentemente argomento di riviste divulgative, trasmissioni scientifiche, materiale informativo, convegni aperti ai cittadini, al fine di rendere consapevoli le persone della diffusione del disturbo, delle possibili cure e dei servizi dedicati, consci anche del ruolo giocato dalla rete sociale.

Inoltre, risulta cruciale l'attenzione dell'operatore sanitario e dell'équipe alla persona nel suo complesso. Infatti, se le cure mediche e le riabilitazioni appaiono, ovviamente, fondamentali, allo stesso tempo, si può incorrere nel rischio di un iperinvestimento di un'area del corpo, già affettivamente molto investita.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [bazzani.giulia@gmail.com](mailto:bazzani.giulia@gmail.com)

TM

## Aspetti previdenziali e legali nelle demenze

### INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

L'indennità di accompagnamento rappresenta un sostegno economico erogato dall'INPS. Spetta a coloro che, a causa di malattia, non sono più autonomi nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana

(l'alimentazione, l'igiene personale, il vestirsi ecc.) o sono incapaci di deambulare autonomamente (L. 18/1980 e L. 508/1988; D. lgs. 509/1988). La Corte di Cassazione, con una sentenza del 2005 ha, inoltre, disposto che “l'indennità di accompagnamento, prevista quale misura assistenziale diretta anche a sostenere il nucleo familiare, va riconosciuta a coloro che, pur capaci di compiere materialmente gli atti elementari della vita quotidiana, necessitano di accompagnatore perché sono incapaci (in ragione di gravi disturbi della sfera intellettiva e cognitiva, addebitabili a forme avanzate di stati patologici) di rendersi conto della portata dei singoli atti che vanno a compiere e dei modi e dei tempi in cui gli stessi devono essere compiuti”.

GABRIELE CIPRIANI

UOC Neurologia - Asl 12 Viareggio

La domanda per ottenere il beneficio va presentata all'Ufficio Invalidi Civili della ASL e, ad essa, deve essere allegato certificato medico (meglio se specialistico) che riporta la dicitura “persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompa-

gnatore” oppure “persona che necessita d'assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita”. La Suprema Corte ha chiarito che il fondamento di erogazione dell'indennità spetta anche nell'esigenza di incentivare l'assistenza domiciliare dell'invalido, evitandone il ricovero in ospedale e, nel contempo, sollevando lo Stato da un onere ben più gravoso di quello derivante dalla corresponsione dell'indennità; inoltre ha ribadito che “l'intervento assistenziale che si realizza con la concessione dell'indennità di accompagnamento è rivolto principalmente a sostenere il nucleo familiare onde incoraggiarlo a farsi carico dei suddetti soggetti, evitando così il ricovero in istituti di cura e assistenza con conseguente

diminuzione della relativa spesa sociale”.

Indipendentemente da quando la visita collegiale viene effettuata, qualora l'esito sia positivo, l'assegno – il cui importo è pari a 472,04 euro mensili per l'anno 2009 – spetta dal mese successivo alla presentazione della domanda alla ASL. Viene erogato per 12 mensilità. L'erogazione, però, è sospesa in caso di ricovero in un istituto con pagamento della retta a carico di un ente pubblico.

Nel caso in cui l'accertamento di invalidità sia sfavorevole è possibile presentare ricorso (entro due mesi dalla notifica del verbale) alla Commissione Medica Superiore presso il Ministero del Tesoro che decide entro sei mesi, intendendosi respinto in caso di silenzio. Vi è ulteriore possibilità di tutela giurisdizionale davanti al giudice ordinario.

Esenzione dal Ticket.

La malattia di Alzheimer, come tutte le Demenze, rientra nell'elenco delle patologie croniche invalidanti (DM 296/01) per cui è prevista l'esenzione alla compartecipazione di spesa per le prestazioni sanitarie correlate alla patologia stessa.

Per usufruire dell'esenzione è necessario presentare idonea certificazione specialistica ad uno dei punti di sportello unico distrettuale per il rilascio della tessera di esenzione e dell'attestato.

### Legge 104/92.

La legge 104/92 detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale ed assistenza della persona handicappata, cioè di colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

I benefici che permette di ottenere sono:

1. Detrazioni di spese sanitarie;
2. IVA agevolata al 4% per l'acquisto di protesi, sussidi e strumenti tecnologici (telefono cellulare, computer);
3. IVA agevolata al 4% per l'acquisto e la trasformazione di veicoli per il trasporto di persone con handicap;
4. Esenzione dal pagamento del bollo auto (questa spetta sia per l'auto intestata al disabile sia per quella intestata al familiare di cui il disabile sia fiscalmente a carico);
5. Permessi lavorativi retribuiti per chi assiste un familiare con handicap, fino a tre giorni al mese.

Per fruire di questi permessi non è necessario il requisito della convivenza del lavoratore con il familiare o affine entro il terzo grado (è considerato rapporto di affinità quello intercorrente fra il coniuge ed i parenti dell'altro coniuge: ad esempio la moglie è affine del genitore del marito).

Per essere riconosciuti come portatori di handicap, ai sensi della Legge 104/92, bisogna fare domanda all'ufficio invalidi civili della propria ASL.

### RILASCIO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI

Per le “persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta” e per i non vedenti è possibile ottenere, dopo visita medica che abbia certificato tale condizione, il rilascio del contrassegno per invalidi (Circolare Ministeriale – Ministero dei Lavori Pubblici – 13 giugno 1983, n. 1030). Tale contrassegno permette ai veicoli a servizio delle persone disabili la circolazione in zone a traffico limitato e il parcheggio negli spazi appositi riservati.

È necessario rivolgersi agli Uffici della Polizia Municipale.

### INTERDIZIONE ED INABILITAZIONE

Prima di affrontare i concetti relativi agli istituti giuridici che sono alla base della protezione delle persone non autonome, conviene chiarire il significato di capacità giuridica e capacità di agire.

Per **capacità giuridica** si intende l'idoneità del soggetto ad essere titolare di diritti ed obblighi. Essa si acquista al momento della nascita (art. 1 codice civile). Fa sì che, per esempio, anche un minorenni possa ereditare e acquistare il diritto di proprietà su una casa.

La **capacità di agire** è l'idoneità del soggetto ad esercitare i diritti e ad assumere gli obblighi di cui è titolare (art. 2 c.c.).

Nel nostro ordinamento la persona che ha compiuto diciotto anni è considerata capace di agire ovvero capace di compiere atti giuridici validi (vendere, comprare, fare procure, firmare cambiali ecc). La capacità di agire, a differenza della capacità giuridica, può subire delle limitazioni: per vari motivi fra cui malattie mentali, gravi handicap ecc. gli individui potrebbero non avere la capacità di prendere decisioni consapevoli. Quando un malato di Alzheimer è a rischio di compiere atti pregiudizievoli per la propria persona o per la propria famiglia, può essere richiesto un procedimento di interdizione o di inabilitazione dal coniuge, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado; questi istituti vanno considerati come strumento di protezione volti alla tutela della persona e dei suoi beni.

Si parla di **interdizione** in tutti quei casi in cui una persona maggiorenne si trovi in situazione di abituale infermità di mente e sia incapace di provvedere ai propri interessi.

Interdire significa che l'incapace maggiorenne, previa dichiarazione del Tribunale della sua incapacità, ossia previa dichiarazione di interdizione, ritorna allo stato giuridico del minorenni.

Con la sentenza che dichiara l'interdizione viene disposta la nomina di un tutore che potrà, nell'interesse del malato, compiere direttamente atti di ordinaria amministrazione (ad esempio la riscossione della pensione, acquisto di vestiario etc.) o, previa autorizzazione del Giudice Tutelare, atti più complessi come la vendita di un immobile.

L'**inabilitazione** riduce solo parzialmente la

capacità del soggetto e subentra quando l'infermità mentale è limitata. Per questo infatti l'inabilità deve, per legge, essere assistito da un curatore nell'esecuzione di atti di particolare rilevanza.

L'inabilitato, previa dichiarazione del Tribunale della sua parziale incapacità, diversamente dall'interdetto, può compiere tutti gli atti di ordinaria amministrazione da solo, mentre deve essere affiancato dal curatore per gli atti di straordinaria amministrazione e necessita sempre per questi ultimi, della autorizzazione del Giudice Tutelare.

### AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Un ulteriore strumento di tutela è rappresentato dall'amministratore di sostegno: è una figura istituita con la Legge del 9 gennaio 2004 n 6, rivolta a persone che hanno difficoltà anche parziali e temporanee a curare i propri interessi (per effetto di un'infermità o di una menomazione fisica o psichica) e che non necessitano di misure come l'interdizione o l'inabilitazione.

Il ricorso per l'istituzione dell'amministrazione di sostegno può essere proposto dal diretto interessato, dal coniuge o da una persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado o dagli affini entro il secondo grado.

La tutela dell'amministratore di sostegno non comporta l'annullamento delle capacità a compiere validamente atti giuridici: il giudice tutelare individua gli atti (volta per volta ed in relazione alle concrete necessità) per i quali l'amministratore di sostegno si sostituirà al disabile e quelli per i quali dovrà prestare sola assistenza.

Rispetto agli strumenti dell'interdizione e della inabilitazione il cambiamento è, quindi, sostanziale ed i vantaggi principali sembrano essere la rapidità della procedura ed il basso costo.

### IMPUTABILITÀ

Nel corso della malattia di Alzheimer si possono verificare delle situazioni con riflessi di carattere legale. E, quindi, importante conoscere alcune norme per sapere affrontare alcune situazioni e per proteggere il malato.

L'imputabilità consiste nella idoneità ad essere imputato di un reato e, dunque, subirne le conseguenze stabilite dal Legislatore. L'art. 85 del codice penale stabilisce che *"nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile"*. Al secondo comma poi precisa che *"È imputabile chi ha la capacità di intendere e volere"*. La colpevolezza presuppone la sussistenza della capacità di intendere e di volere del soggetto al momento in cui ha commesso un fatto illecito. La capacità di intendere è l'attitudine dell'individuo a comprendere il significato delle proprie azioni nel contesto in cui agisce, di prospettare a sé la diversità delle conseguenze che derivano dalle proprie azioni od omissioni, mentre la capacità di volere deve essere intesa come la capacità di autodeter-

minarsi, ossia di fare ciò che in realtà si è stabilito di fare. Il codice penale prevede all'art 88 che *"non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere"*. Il concetto di infermità posto nel codice penale è più ampio di quello di malattia: comprende sia le vere e proprie malattie mentali, sia qualsiasi manifestazione patologica in grado di interferire sulla capacità di intendere e di volere.

### REVOCA DELLA PATENTE DI GUIDA

La guida degli autoveicoli rappresenta un compito complesso che richiede integrità dei processi attentivi, della capacità di riconoscere un problema programmandone una rapida risposta risolutiva, delle funzioni visuo-spaziali e percettive etc. Poiché, tutte queste abilità si affievoliscono progressivamente nei malati di Alzheimer, punto cruciale diventa quando proibire la guida resistendo alle continue argomentazioni del tipo *"sono 50 anni che ho la patente e non ho mai fatto un incidente"*. È stato stimato, infatti, che il rischio di incidenti nelle persone colpite dalla malattia sia 4,7 volte superiore rispetto alle persone sane. Inoltre, uno studio sui cervelli dei guidatori ultrasessantacinquenni deceduti per incidente stradale ha mostrato la presenza delle note alterazioni anatomopatologiche della malattia di Alzheimer in oltre 50% dei casi.

Se non vi è un accordo univoco su quando lasciare la guida degli autoveicoli, dobbiamo tenere presente che il verificarsi di alcuni eventi rappresenta, senza dubbio, una netta indicazione, anzi un imperativo categorico, a lasciare ad altri la conduzione dell'automobile. Fra questi importanti indici, a titolo esemplificativo, possiamo citare il confondere la destra con la sinistra, perdersi su strade ben note, fermarsi improvvisamente senza necessità o cambiare bruscamente corsia, non manifestare consapevolezza degli errori commessi, avere presentato piccoli incidenti stradali. Se, parlando con gentilezza con l'interessato, mettendo in luce il comportamento pericoloso, si ottiene un netto diniego allo smettere di guidare, si rende necessario ricorrere agli strumenti di legge per annullare la patente. L'articolo 130 del nuovo codice della strada prevede la revoca della patente di guida quando il titolare non sia in possesso, con carattere permanente, dei requisiti fisici e psichici prescritti.

Possono presentare istanza motivata agli uffici della Motorizzazione Civile i parenti entro il quarto grado, gli affini entro il secondo grado, il tutore o il curatore, il Pubblico Ministero.

Purtroppo non è prevista la possibilità della sospensione preventiva prima della visita medica di revisione anche se l'Ufficio della Motorizzazione può invitare l'interessato, ma non obbligarlo, ad astenersi dalla guida in attesa dell'accertamento sanitario.

# L'attività ambulatoriale

## Una pratica "imperfetta"

**H**o ritrovato nelle schede bibliografiche uno stimolante articolo, pubblicato molti anni fa, che trattava l'attività ambulatoriale

(**K. Kroenke. Ambulatory care: a practice imperfect. Am J Med 80,339, 1986**).

Ritengo mantenga il suo valore pratico e didattico per i medici che esercitano l'attività in questo settore e valga la pena di riprenderne il messaggio con alcuni commenti derivanti dall'esperienza di chi scrive.

L'Autore inizia l'articolo confrontando il lavoro di corsia con quello ambulatoriale: il primo, dotato di tempo e tecnologia sufficiente, viene effettuato sul paziente ricoverato di solito con importanti motivazioni e dà luogo ad accurate diagnosi e terapie; il secondo è svolto in un tempo limitato, con modesti mezzi diagnostici a disposizione, alle prese con patologie spesso banali. Di qui il rischio dell'attività ambulatoriale di apparire come "imperfetta". Occorre quindi secondo Kroenke mettere in atto una serie di misure che possono trasformare la pratica ambulatoriale da "brutto anatroccolo" a "splendente cigno"; nella Tabella 1 sono riportate le colorite espressioni usate da Kroenke nel suo articolo.

Nell'articolo viene inoltre sottolineato il valore dell'acronimo **SOAP** (che non è la saponetta nella traduzione italiana), ma un indicatore delle fasi che dovrebbero essere seguite nella pratica ambulatoriale), e cioè **Subjective, Objective,**

**Assessment and Plan.** Nella prima dovrebbe essere considerato cosa riferisce il paziente, nella seconda annotato ciò che viene riscontrato dal medico, nella terza definito l'orientamento conclusivo, e nella quarta, al termine della visita, indicato il programma

previsto. Si tratta di uno schema operativo mentale semplice, ma molto utile (e non solo per l'attività ambulatoriale!), che evita di omettere dei passaggi importanti per la fretta e/o per l'approssimazione.

### Un modo (personale) di valutare l'attività ambulatoriale

Sulla base dell'esperienza di un'attività ambulatoriale molto lunga e variegata (in condotta, come medico di famiglia e come specialista, in strutture private e pubbliche, con esperienze straniere in centri ultraspecialistici) mi permetterei di proporre un metodo per valutare l'attività ambulatoriale, assegnando un punto ad ogni "caratteristica negativa". Se alla fine della visita il punteggio complessivo risultasse basso potrebbero essere evitati "effetti collaterali", e l'attività ambulatoriale potrebbe risultare meno "imperfetta" (Tabella 2).

### Considerazioni organizzative

La possibilità di una corretta programmazione degli appuntamenti, la disponibilità di un ambiente adeguato, la quantità di tempo da dedicare ad ogni visita, la tenuta di un archivio adeguato e la possibilità di una corrispondenza interpersona-

ALBERTO DOLARA

Agenzia Regionale Sanità, Regione Toscana

Tabella 1

- *First thing first*  
Considerare in primo luogo il motivo della visita
- *Divide et conquer*  
Scindere tra loro i diversi problemi cercando di risolverli separatamente
- *The uncertainty principle*  
Rassegnarsi ad un certo grado d'indeterminatezza
- *Follow-up versus work up*  
Decidere quello che richiede un immediato chiarimento da quanto può essere valutato con ulteriori controlli
- *The bench-marknote*  
Annotare un dato come punto di riferimento clinico
- *Word and sacrament*  
Procedere con atti operativi (indagini, medicamenti, interventi, etc) in rapporto alla singola personalità del paziente
- *Objective/subjective ratio*  
Ricerare nel malato funzionale la patologia reale
- *Wrap-ups*  
Concludere la visita in modo rapido, ma corretto

Tabella 2

<b>Caratteristiche “negative”</b>	<b>Effetti “collaterali”</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rimanere seduto alla scrivania quando il paziente entra nella stanza (1)</li> <li>• Invitare ad allontanarsi i parenti e gli accompagnatori graditi dal paziente (1)</li> <li>• Interrompere continuamente il paziente quando inizia a raccontare la sua storia (1)</li> <li>• Interporre durante il dialogo strumenti tecnologici (telefono, computer, etc.) (1)</li> <li>• Porre continue domande durante l'esame obiettivo (1)</li> <li>• Commentare (negativamente) durante l'esame obiettivo i reperti riscontrati (1)</li> <li>• Esporre il risultato della visita mentre il paziente si riveste (1)</li> <li>• Trascurare di esaminare esami o reperti in possesso del paziente (1)</li> <li>• Non rilasciare alcun documento scritto della visita (1)</li> <li>• Rimanere seduto mentre il paziente lascia la stanza (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indica distacco professionale; meglio alzarsi e salutare paziente ed accompagnatori con una stretta di mano.</li> <li>• Preclude l'acquisizione di notizie utili e può aumentare l'ansia del paziente.</li> <li>• Anche questa modalità del colloquio si rileva dannosa per l'acquisizione di notizie utili.</li> <li>• Possono rappresentare ostacoli ad un colloquio personale e diretto, faccia a faccia.</li> <li>• Possono rallentare l'esecuzione dell'esame.</li> <li>• Può indurre nel paziente uno stato di ansia che preclude ulteriori approfondimenti anamnestici.</li> <li>• Indica fretta da parte del medico e non permette al paziente di valutare con calma il risultato finale della visita.</li> <li>• Può indurre a ripetizione d'indagini diagnostiche o misure terapeutiche non efficaci.</li> <li>• Se tutto rimane nella relazione orale non vi è un documento di confronto valido per gli ulteriori controlli anche da parte di altri medici o specialisti.</li> <li>• Vedi inizio della visita.</li> </ul>

le tra sanitari sono condizioni necessarie per un buon funzionamento dell'attività ambulatoriale. Quelle riportate nella Tabella 3 sono indicazioni di massima, la cui realizzazione renderebbe più facile il compito degli operatori sanitari.

In conclusione l'attività ambulatoriale rappresenta un settore fondamentale dell'attività sanitaria clinica; dovrebbe essere potenziata e valorizzata, sia che si svolga in isolati ambulatori del terri-

torio, o in ospedali attrezzati o prestigiosi centri di ricerca. Si tratta di un'attività difficile e faticosa, che richiede attenzione costante, conoscenze tecniche adeguate, doti di umana comprensione ed un'adeguata organizzazione. Il migliore risultato è rappresentato dal paziente che esce dall'ambulatorio avendo constatato la capacità tecnica del medico ed avvertito un rapporto interpersonale di rispetto e di empatia.

TM

Tabella 3

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ogni sforzo dovrebbe essere fatto affinché il paziente conosca esattamente il giorno e l'ora di appuntamento, con un ritardo nella sala di attesa minimo rispetto all'orario previsto.</li> <li>• L'attività ambulatoriale dovrebbe usufruire di un ambiente tranquillo ed accogliente e della presenza di un infermiere/a per assistere alla visita e per attuare le disposizioni del medico.</li> <li>• Per una prima visita completa dovrebbe essere prevista almeno mezz'ora di tempo (inclusi esami speciali) con il tempo maggiore dedicato alla storia clinica: la raccolta di questa ultima dovrebbe essere fatta senza testimoni che non siano quelli desiderati dal paziente</li> <li>• L'uso del computer per raccogliere i dati può facilitare il lavoro ambulatoriale, ma è preferibile raccogliere i dati essenziali della storia clinica procedendo ad annotazioni durante il colloquio faccia a faccia col paziente, da completare poi nella relazione scritta finale.</li> <li>• Le conclusioni della visita dovrebbero comunque essere espone chiaramente verbalmente e per iscritto al termine di essa; se verrà inviata una relazione successivamente alla visita il paziente dovrà essere rassicurato che tutti i dettagli del colloquio saranno contenuti nella relazione.</li> <li>• Nella relazione verrà seguito l'ordine della “SOAP” sopra ricordata: motivo della visita, storia clinica, reperti obiettivi e strumentali, conclusioni diagnostiche e terapeutiche, indicazioni su dove ed a chi il paziente dovrà rivolgersi per ulteriori indagini e/o ricoveri.</li> <li>• Una copia della relazione verrà mantenuta nell'archivio, cartaceo o elettronico del medico, per futuri controlli.</li> <li>• Se vi è necessità di rivedere la situazione dopo eventuali accertamenti o terapie può essere fissato un successivo colloquio senza ripetere l'iter della visita.</li> <li>• In caso di consulenza sarebbe auspicabile che la relazione conclusiva dello specialista fosse inviata anche al medico di famiglia, con una lettera di accompagnamento in cui possono essere sottolineati alcuni commenti “tecnici”, non inseribili nella relazione del paziente, ma utili per una futura collaborazione tra medici.</li> </ul>
--

# L'inevitabile e l'inatteso

ANTONIO PANTI

**N**egli Stati Uniti, la nazione che spende di più per la sanità con risultati a dir poco deludenti, ferve il dibattito sulla proposta di riforma sanitaria. In Italia si connota ideologicamente la discussione, pro o contro Obama; il problema, invece, è assai più vasto. E capita che i politici impegnati nel servizio sanitario, dal ministro agli assessori regionali, del PD o del PDL, esprimano lo stesso concetto, anche se qualche differenza nei rimedi traspare.

In sintesi il ragionamento, condiviso da economisti di diverse tendenze quali Sen o Rogoff, assume che i costi della sanità, pubblica o privata che sia, sono destinati, al di là di qualsivoglia politica di qualsiasi governo di destra o di sinistra, ad aumentare esponenzialmente per due ragioni. Da un lato l'innovazione tecnologica aumenta i costi del singolo caso trattato, dall'altro l'invecchiamento della popolazione assorbe risorse incrementali. È una spirale virtuosa per i cittadini, perversa per gli economisti, per cui con maggiori costi si sopravvive di più esigendo, di anno in anno, interventi sempre più onerosi.

Tuttavia, sostiene il ragionamento bipartisan, il debito pubblico aumenta e il celebre PIL non può inseguire i maggiori costi della sanità. Oltre un "punto di rottura", al quale siamo molto vicini, la ricchezza di una nazione non può essere ridistribuita a favore dei sistemi sanitari a danno di altri servizi essenziali per la società. La ricetta, sempre bipartisan, è di evitare sprechi e, più che altro, di definire meglio come impiegare le risorse, scarse per definizione, per evitare interventi settoriali eccessivi e favorire un'appropriatezza di sistema. Chiudere piccoli ospedali, concretizzare la medicina di iniziativa, controllare la domanda e governare l'offerta, superare il riduzionismo specialistico, insomma le cose di cui si discute. È sufficiente?

Da molti anni si prevede la crisi dei servizi sanitari. Ma le difficoltà, fin troppo evidenti, del

sistema americano che vuol correggersi con forti dosi di "socialismo sanitario", mostrano che retro-marce non sono possibili. La medicina costa ma offre benefici di cui tutti vogliono godere. Viene in mente la frase di Keynes: "l'inevitabile non accade mai, l'inatteso sempre".

Può non avvenire l'inevitabile crisi? Gli economisti sanno, al di là delle posizioni di bandiera, che il libero mercato o il ricorso al privato o a sistemi assicurativi o l'incremento della spesa "out of pocket" non raddrizzano, piuttosto peggiorano i conti della sanità. L'inevitabile, cioè il crollo del servizio a favore della "libertà di cura", ha ben poche possibilità di accadere.

Inatteso, ma non tanto, nell'aumento incontrollato dei costi sanitari, sarebbe il permanere di politiche sociali asfittiche, la contrazione delle prestazioni imposta dall'alto, la mancata correzione degli stili di vita in una società sempre più edonistica, l'irrigidirsi dei controlli sull'operato dei medici. O sta proprio accadendo?

È un problema della società? Della politica? Lo deve affrontare il Parlamento? Certamente, ma i medici vi sono coinvolti perché portatori del sapere scientifico. I medici "sanno" quel che è ragionevole attendersi dalla medicina. La deontologia, con buona pace di chi pensa che il medico presti la sua opera indifferente ai costi del suo agire, indispettito per doverli discutere, fermo in una rendita di posizione che considera un doveroso omaggio, indica una via precisa: quella di riappropriarsi della "politica" della salute. La riflessione sui limiti della medicina, sui costi della sanità, sulle risposte possibili alla domanda di salute dell'uomo moderno, non sono sterili esercizi filosofici, sono la sostanza della professione. I medici, come accadde tra il Settecento e l'Ottocento e per metà Novecento, debbono svolgere un ruolo primario nella politica sanitaria, che è inscindibile da quella globale. Esercitare la medicina significa onorare un impegno etico, scientifico, sociale e civile. **TM**

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

**INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA**

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

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

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

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

[info@bda.it](mailto:info@bda.it) - [www.bda.it](http://www.bda.it) - [www.computeria.net](http://www.computeria.net)

# Manfredo Fanfani

## Piazza della Indipendenza a Firenze

TERZA PARTE

(Seconda parte nel numero precedente)

### Raduni patriottici, aneddoti ed episodi di vita nella Piazza

**I**l 12 Marzo 1848 si erano radunati nella Piazza Maria Antonia i 720 volontari che partirono al canto di "Addio mia bella addio, l'armata se ne va", per farsi onore a Curtatone e Montanara il 29 maggio di quell'anno.

Sempre nel 1848 la Piazza fu utilizzata dal Comune per costruire le baracche per le truppe austriache durante l'occupazione durata fino al 1855, occupazione tanto mal sopportata dai fiorentini! Guido Nobili ci ha lasciato, in "Memorie lontane", molte notizie sulla vita della Piazza della Indipendenza nella seconda metà dell'Ottocento; racconta che dal giorno della rivoluzione del 1859 la Piazza era luogo consacrato ai raduni patriottici, per festeggiare con grida, inni e bandiere il successo delle armi italiane. Nobili racconta inoltre alcuni aneddoti della vita di tutti i giorni: "sulla piazza dell'Indipendenza ogni sera si era cominciato, come cosa nata da sé, un convegno di fanciulli delle migliori famiglie di Firenze, la sede prescelta era il lato della piazza verso la cantonata di Via di Barbano, mentre dall'altra parte di Via San Francesco (Via Ferdinando Bartolommei) si riunivano un numero grande di ragazzi degli umili abitanti di Via delle Ruote e di Via San Zanobi, che simulavano fra di loro battaglie e fatti d'arme".



Piazza della Indipendenza in epoca in cui era già stata divisa per congiungere via Ventisette Aprile con la Fotezza da Basso; una curiosa immagine di elefanti di un circo che attraversano la Piazza.

La Piazza fu testimone del tenero amore di Guido Nobili bambino con Filli, una splendida fanciulla greca che abitava nel palazzo Philipson al n. 21, confinante con casa Nobili.

Un giorno, da poco era stata messa la ghiaia nella Piazza, Nobili perse un gemello della camicia e si chinò ricercandolo affannosamente; in quel momento la dolce Filli uscì con la madre da Palazzo Philipson ed il bambino rimase turbato a causa del suo atteggiamento; "un signore, pensavo, è degradato mostrarsi giù piegato a fare quest'umile figuro, perché un signore perde la roba, ma non la ricerca; tutt'al più mette gli avvisi alle cantonate, perché gliela riportino, mentre io grufolo fra la terra".

Guido Nobili fu molto critico anche per l'insediamento delle due statue commentando che con ciò "si vuole dimostrare ai posteri che anche i grandi uomini non possono sottrarsi al ridicolo, neppure dopo morti".

Molti si saranno chiesti, continua Nobili, che cosa sia mai quell'oggetto rotondo e piatto che tiene nella mano sinistra Bettino Ricasoli: "Quel Bettino poi, pover'uomo, in giubba e cravatta bianca, arrampicato sopra quell'alto piovolo, in atto di porgere un cappello a scatto, è tutta la sintesi degli scherzi crudeli, che si possono fare al ricordo di un galantuomo". Nobili aveva preconizzato alcune perplessità dei posteri: "quando si sarà persa la memoria del gibus (nome dell'inventore del cappello a cilindro con molle a scatto che permettevano di appiattirlo e portarlo sotto il braccio), chissà quanto almanaccheranno gli storici e gli archeologi dell'avvenire, per sapere che cosa possa essere quell'affare tondo, che il soggetto della statua tiene

in mano. Un cappello no, diranno, perché piatto a quel modo non gli può entrare in testa; chi potrà supporre le molle e lo scatto?..."

Le critiche di Nobili arrivarono a segno: con una sapiente opera di restauro il cappello a scatto fu sostituito con un foglio.

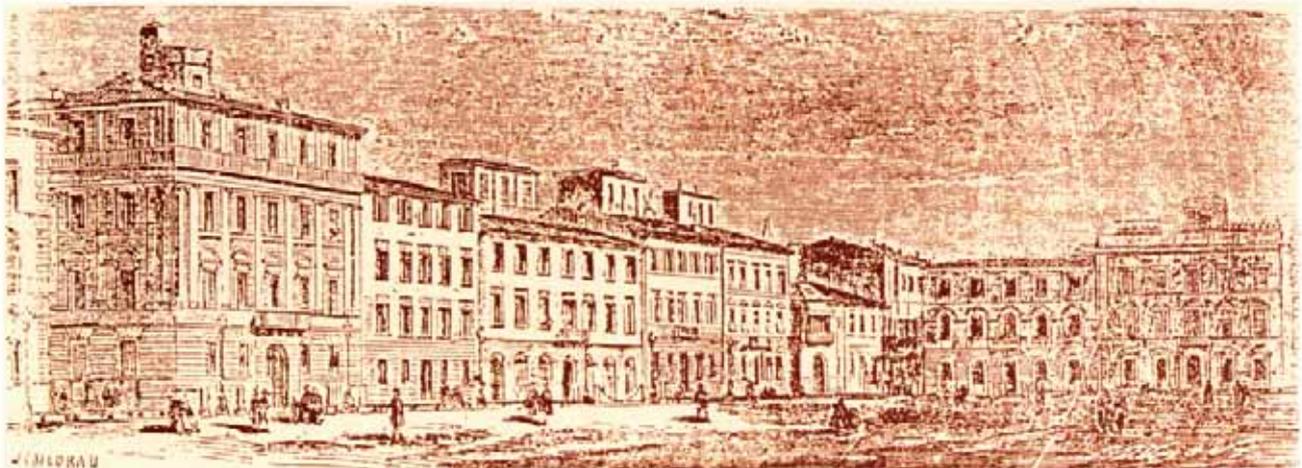
Ai fiorentini anche la statua di Ubaldo Peruzzi ricorda l'insurrezione del 27 Aprile del 1859 ma, in un tempo non troppo lontano, ci fu un passante al quale la statua ricordava piuttosto un 1° d'aprile; quel passante si chiamava Renato Fucini. Lo scrittore era assiduo frequentatore del famoso "salotto rosso" di Ubaldo ed Emilia Peruzzi che si vantavano di essere invulnerabili al tradizionale "pesce d'aprile" perché molto accorti nella ricorrenza della data. Fu allora che Fucini, imitando la calligrafia della padrona di casa, indirizzò a se stesso un invito a pranzo in casa Peruzzi per il 1° Aprile. Presentatosi in casa creò un notevole imbarazzo; lo scrittore si scusò, si dimostrò mortificato e fece più volte l'atto di andarsene, senonché il pranzo fu allestito ed il Fucini fu oggetto di scherno da parte di tutti i commensali per avere abboccato così ingenuamente al pesce d'aprile. Solo alla fine del pranzo, fra l'altro si trattò di un ottimo pranzo, il Fucini confessò che lo scherzo in realtà lo aveva fatto lui e che le vittime del pesce d'aprile erano stati proprio i Peruzzi! Ora, ebbe a scrivere anni dopo il Fucini, "Quando passo da Piazza della Indipendenza e volgo gli occhi alla statua del "Sor Ubaldo", mi pare di scorgere sulle labbra sottili ed argute un dolce rimprovero..." Quel dolce rimprovero del Signor Ubaldo è sicuramente

diretto anche ai suoi concittadini che lo avevano soprannominato "meline", secondo i cronisti per le sue guance sempre arrossate; il toscano è in realtà molto più tagliente nell'attribuire i soprannomi. Se Dante ricordava i Peruzzi come "quei della pera", per le sei pere, considerate il più nobile dei frutti, che campeggiavano sul loro stemma, un toscano non poteva lasciarsi scappare la ghiotta occasione di attribuire al nobiluomo il soprannome di "meline"! Molte furono le proposte di fare della zona di Barbano un centro di arte varia; questo progetto si realizzò nel 1851 con l'insediamento del Politeama Fiorentino nella vicina Via delle Officine (oggi Via Enrico Poggi) ben visibile dalla Piazza in fondo a Via del Podere (oggi Via Salvagnoli); nel 1853 fu rappresentata per la prima volta la Traviata, appena uscita nella trilogia popolare di Verdi insieme al Trovatore e al Rigoletto.

Il teatro andò a fuoco e si trasferì in Corso Vittorio Emanuele (oggi Corso Italia) dove si trova l'attuale Teatro Comunale. Al trasferimento contribuirono anche le lamentele del vicino Istituto delle "Scuole delle Zitelle Povere" per la inevitabile turbativa alla pace ed al raccoglimento.

Non sono mancati altri attentati alla Piazza come, nel 1856, la creazione di un grande anfiteatro per caroselli storici; l'impresario, un certo Leonardo Nanni, aveva fatto assegnamento sull'amore dei fiorentini per le manifestazioni patriottiche che avevano come fulcro la Piazza, tuttavia non seppe calcolare il rapporto fra quell'amore e la voglia di spendere dei fiorentini! Il recinto si riempì due o tre volte, poi il pubblico non partecipò più e l'impresario andò a finire i suoi giorni in Arno...

Piazza della Indipendenza nel Giugno 1962. Dopo la demolizione dell'abitazione contrassegnata dal n. 18, l'impresa Lorenzo Gori dà inizio alla nuova costruzione che ospiterà l'Istituto Fanfani. È suggestivo che i due soli immobili della Piazza oggetto di profonde trasformazioni (Santa Chiara e l'Istituto Fanfani) siano stati destinati ad attività sanitarie; sembrerebbe una rivincita postuma dell'architetto Giuseppe Martelli che, quando nel 1844 furono presentati i progetti della Piazza, aveva fortemente caldeggiato la costruzione nella zona di un grande ospedale per 2000 degenti, aspirazione che, con suo grande rammarico, venne all'epoca disattesa.



Una vecchia stampa ci mostra Piazza della Indipendenza ancora senza alberi e con gli immobili originali immutati;

a sinistra, nella parte centrale, compare l'immobile n. 18 che sarà completamente demolito nel 1962 per la costruzione

di una nuova struttura. In alto a destra l'immobile dove nacque e abitò il poeta scrittore Guido Nobili.



Un'altra immagine di Piazza della Indipendenza di fine ottocento; sono già stati insediati, fra il 1896 ed il 1897, i monumenti a Ubaldo Peruzzi e a Bettino Ricasoli, costretti a fronteggiarsi anche se i due personaggi non avevano mai mostrato una reciproca simpatia; sembrerebbe intenzionale avere realizzato uno dei personaggi voltato leggermente a sinistra, l'altro a destra.  
La Piazza non è stata ancora divisa in due dalla strada centrale che congiungerà, in epoca successiva, via Ventisette Aprile con via Ridolfi aprendo una direttrice fra Piazza S. Marco ed i viali.

## Gli intrecci con la vita e le opere di due grandi artisti: Edgar Degas e Francisco Goya

La storia di Piazza della Indipendenza ha interessanti intrecci con la vita e le opere di Edgar Degas e Francisco Goya; due fra le maggiori opere degli artisti hanno condiviso, oltre al soggetto del grande ritratto di famiglia, anche il destino di rimanere a lungo sconosciute e di intrecciarsi con la storia e la vita della Piazza.

Edgar Degas, ventiquattrenne, giungeva a Firenze nell'Aprile del 1858 per frequentare i musei. Durante il soggiorno fiorentino, presso la zia paterna Louise che abitava all'epoca in Piazza Maria Antonia (Piazza di Barbanò per i fiorentini), Degas concepisce uno dei suoi massimi capolavori, un grande ritratto di famiglia: "La Famiglia Bellelli". L'esecuzione del quadro si protrasse per quasi 10 anni, se ne venne a conoscenza solo dopo la morte dell'Autore; oggi l'opera è considerata una delle glorie del Louvre. Degas lasciava Firenze alla fine di Marzo del 1859, poco prima della faticosa rivoluzione del 27 Aprile, richiamato a Parigi dal padre.

Un'altra suggestiva storia, di cui la Piazza fu testimone, riguarda una delle opere maggiori di Francisco Goya, "La famiglia dell'infante don Luis". Il principe Camillo Ruspoli aveva sposato nel 1820 Carlotta Luisa di Godog di Borbone, che ereditò il dipinto della madre Contessa di Chinchón, che è rappresentata, ancora bambina, nel quadro di Goya. Il Principe Ruspoli, il 16 Gennaio 1865, si trasferì a Firenze nella villa Ruspoli situata nella parte sud di Piazza della Indipendenza. Il capolavoro di Goya fu trasferito nella villa dagli eredi nel 1904 e vi è rimasto gelosamente nascosto fino al 1974, allorché fu acquistato dalla Fondazione Magnani-Rocca.

L'opera rimase a lungo sconosciuta al pubblico, fu esposta per la prima volta a Parigi solo nel 1989. Il primo accenno all'opera è del Giudici (1970) che la vide superando non poche difficoltà in quello che definisce un "impenetrabile palazzo di Firenze"; si trattava evidentemente di Villa Ruspoli che Piero Bargellini ed Ennio Guarnieri, nel volume "Le strade di Firenze", definiscono la più famosa villa della Piazza "anche perché vi si trovava uno dei più bei quadri di Goya, cioè la grandiosa tela con la famiglia dell'infante don Luis". Anche il Maestro Luciano Guarnieri racconta di avere avuto l'opportunità di intravedere il quadro, seminascondito, in una sua visita a Villa Ruspoli.



La prima pagina del Fieramosca, del 28 aprile 1898, dedicata all'omaggio reso da Firenze a Ricasoli e Peruzzi, due dei maggiori protagonisti del risorgimento toscano, con l'insediamento delle statue in Piazza della Indipendenza.  
In alto, sotto il titolo, i due monumenti; a destra le immagini degli illustri personaggi; in basso i fastosi addobbi della Piazza e di Via 27 Aprile.

**ANFITEATRO FIORENTINO**  
SULLA PIAZZA MARIA ANTONIA  
Domenica prossima 28 Settembre 1856  
sarà aperto per la prima volta questo grandioso edificio, con una Rappresentanza Storica appropriata.  
**LE FESTE NAZIONALI**  
ESEGUITE  
DALLE CAPITUDINI DELLE ARTI FIORENTINE  
E DALLE CONTRADE SENESI  
PER IL RITORNO DEGLI AMBASCIATORI DI NAPOLI  
L'ANNO D.D.  
Circa MILLE PERSONE scelte nel costume del tempo, e i Senesi giostatori delle Bandiere prenderanno parte alla Festa. Sarà eseguita la Corsa delle Contrade da Cavalieri con Tattico, ed Premio di Paoli TRECENTO al primo che arriverà alla meta e SETTANTACINQUE al secondo.  
Quelli che vorranno mettere i loro Cavalieri alla Corsa dovranno presentarsi prima del mezzogiorno di sabato prossimo per essere iscritti dal sig. Isidoro Bianchi alla di lui Cavalierato posta in Via Palovina in Firenze.  
**BIGLIETTO D'INGRESSO**  
Sulle gradinate e per accedere ai Palchi Paoli 2 indistintamente.  
Interno all'Anfiteatro nella stessa Cruzia 4.  
E presso dei Palchi è posto a Paoli 20 per questa Rappresentanza.  
Le Chiavi dei Palchi si trovano vendibili al Banco del Commisario Nanni in Via del Comune N° 6156, al Caffè Denny in Via dei Legnani e all'ingresso dell'Anfiteatro dalla Via S. Apollonia.

L'impresario Leonardo Nanni progettò di fare nella Piazza un grande anfiteatro permanente per caroselli che fu inaugurato il 28 Settembre 1856. Il Nanni aveva probabilmente fatto assegnamento sull'amore dei fiorentini per le manifestazioni patriottiche che avevano come fulcro la Piazza, tuttavia non seppe calcolare il rapporto fra quell'amore e la voglia di spendere dei fiorentini! Il recinto si riempì due o tre volte, poi il pubblico non partecipò più e l'impresario andò a finire i suoi giorni in Arno...  
A sinistra il manifesto di uno dei primi spettacoli. In basso, in una stampa dell'epoca, l'anfiteatro realizzato in mezzo alla Piazza.



Edgar Degas: La famiglia Bellelli, il Louvre, Parigi (realizzata dal 1858 al 1867). Nell'aprile del 1858 Degas giungeva a Firenze; durante il suo soggiorno presso la zia paterna Louise, che abitava all'epoca in Piazza Maria Antonia, l'Artista concepisce un grande ritratto di famiglia; la "Famiglia Bellelli"; si tratta di una delle opere più importanti frutto della acquisita cultura figurativa dell'Artista. È stato sottolineato come la scena riveli una situazione familiare pesante, i due coniugi non si rivolgono lo sguardo, il Barone Bellelli volge addirittura le spalle allo spettatore; la chiave di lettura va forse ricercata anche nel fatto che il Senatore era un profugo politico condannato a morte in contumacia dalla Gran Corte di Salerno ed era impegnato nel progetto cavouriano per l'annessione al Piemonte; da ciò forse nascono gli stati d'animo ed il segreto rifiuto ad apparire. Anche il cagnolino sdraiato per terra, in basso a destra, ha preferito restare con la testa fuori campo...! L'austerità e la tristezza della zia raffigurata insieme alle figlie sono accentuate dall'abito scuro per il lutto per la recente morte del padre Hilaire Degas, nonno dell'artista, il cui ritratto è appeso alla parete alle spalle di Louise. Degas lasciava Firenze a fine Marzo del 1859 richiamato, prudentemente, dal padre poco prima della faticosa rivoluzione del 27 Aprile di quell'anno!



Francisco Goya (1783): La famiglia dell'infante don Luis, Fondazione Magnani-Rocca, Corte di Mamiano, Parma. L'infante di Spagna don Luis, fratello minore di Re Carlo III, al calar della sera, ha raccolto intorno a sé i familiari e la servitù. La moglie Maria Teresa è seduta al centro, in piena luce alle sue spalle un parrucchiere

le acconcia i lunghi capelli per la notte. Alla destra di Maria Teresa il marito don Luis è intento ad un gioco di tarocchi. Don Luis aveva rinunciato ai titoli ed alla dignità ecclesiastica per amore di Maria Teresa che, non avendone il rango, non fu mai ammessa alla corte reale; relegata in campagna poté dare sfogo alle sue ambizioni e spettacolo della sua bellezza solo alla ristretta corte dei familiari e dei personaggi del seguito.

Dietro don Luis il figlio primogenito e la figlia Maria Teresa, futura Contessa di Chinchón, che guarda incantata il pittore che si è riprodotto genuflesso nel quadro. Due cameriere portano la cuffia da notte ed un portagioie. Alla sinistra di Maria Teresa la nutrice, con la figlia piccola in braccio, la servitù al completo ed un giovane musicista che appunta lo sguardo ammirato sulla padrona di casa.



Nel particolare la bambina Maria Teresa, futura contessa di Chinchón, è l'unica a guardare con dolcezza e curiosità l'Artista, che si è rappresentato all'interno del quadro sull'estrema sinistra, mentre sta dipingendo quell'opera che un giorno le sarebbe appartenuta. La figlia della Contessa di Chinchón, Carlotta Luisa di Godog di Borbone, a sua volta erede del quadro, sposò nel 1820 il Principe Camillo Ruspoli che nel 1865 si trasferirà a Firenze nella villa di Piazza della Indipendenza. Nel 1904 gli eredi Ruspoli portarono il quadro nella villa di famiglia di Piazza della Indipendenza dove è rimasto per molti anni segretamente custodito. Quest'opera, una delle più importanti di Goya, ha condiviso con la citata opera di Degas, oltre al soggetto del grande ritratto di famiglia, anche il destino di rimanere a lungo sconosciuta e di intrecciarsi con la storia e la vita di Piazza della Indipendenza.

*Continua nel prossimo numero...*

# Gli esami non finiscono mai

**ANTONIO PANTI**

*“La tecnologia ha cambiato la nostra vita e ha reso più potente la medicina ma altresì ha oscurato, almeno in parte, il ruolo del medico”*

Vito Cagli “la crisi della diagnosi”

**U**na scienza incomparabilmente più efficace ma indubbiamente più rischiosa, colma di promesse ma talora deludente ha, sorprendendo gli stessi medici, indebolito il prestigio del medico, offuscandone l'immagine e intaccando quella sorta di impunità nata dal riconoscimento della difficoltà del suo agire. Oggi la medicina è più difficile e i giudici ne tengono conto ma il clima sociale è mutato e il medico è continuamente sotto gli occhi di tutti, lavora con i riflettori puntati addosso. I medici, inoltre, forse non riescono più o non hanno più tempo per parlare col paziente, per ascoltarlo, per comprenderne il vissuto, e questo è forse il *primum movens* del contenzioso, più importante dello stesso errore che si annida nella complessità della pratica.

Oggi la medicina è sempre più specialistica e sorge spontanea la domanda: chi sarà il medico migliore, quello che sbaglia meno? Si cerca su internet, la stampa pubblica elenchi e classifiche, molti giornali trattano gli ospedali come il Gambero Rosso scrive dei ristoranti. La questione si interseca con la malpractice e ecco che il Ministero della Sanità inglese esorta i cittadini a dare voti on line ai medici mentre i medici americani fanno sottoscrivere ai pazienti l'impegno a non rivelare su internet eventuali lamentele. Il problema esiste e è serio. I medici non possono sfuggire al giudizio del pubblico, hanno in mano la vita delle persone. Se le notizie distorte e le accuse inconsistenti sono fonte di amarezza o di sacrosanta ira, è impossibile opporsi a un trend sociale che trova ragionevoli motivazioni, la trasparenza, la libertà di informazione, l'autonomia del cittadino, il riconoscimento del merito (purtroppo in un'insalata di pettegolezzi).

In Toscana si tenta un percorso innovativo: l'anno scorso il Consiglio Sanitario ha ricevuto l'in-

carico di definire indicatori per valutare sul piano del giudizio esterno (dei pazienti) e interno (dei risultati) i dirigenti di struttura complessa. Dopo mesi di discussioni che hanno coinvolto in undici gruppi di lavoro oltre duecento professionisti si è giunti alla conclusione che era senz'altro possibile individuare un set di indicatori misurabili sulla base dei flussi di dati disponibili ma che questi potessero meglio essere utilizzati per valutare le strutture complesse piuttosto che i loro dirigenti. Ciò al fine di confrontarne i risultati su tutta la regione, di rilevare criticità aziendali e, infine, di avviare il processo virtuoso dell'accreditamento di eccellenza.

Si è deciso, in conclusione, di cominciare una sperimentazione di un anno. Lo scopo è di raccogliere primi dati, che restano di pertinenza del Consiglio Sanitario, implementando così il sistema di rilevazione dei dati, migliorando o creando ex novo i data base aziendali, al fine di valutare le criticità del sistema e la possibilità del benchmarking, di iniziare le procedure per l'accreditamento di eccellenza, di dare sostegno nelle eventuali carenze perché siano superate. Insomma superare le secche di inaffidabili pagelle per costruire un sistema di giudizio obiettivamente legato al miglioramento dei risultati delle cure e coniugare gli indicatori di valutazione delle aziende con quelli delle strutture complesse che ne sono gli assi portanti.

Tutto ciò sembra un buon risultato della concertazione tra amministrazione, che necessita di dati concreti per misurare il servizio reso ai cittadini e così definire meglio l'impiego delle risorse, e professionisti, che sono interessati al confronto sulla qualità e sull'innovazione. Una forma reale di governo clinico che riesce a far prevalere i valori del servizio sui legittimi interessi dei medici e degli amministratori.

**Delibera n. 1056 del 23-11-2009**

## **Sistema di valutazione della performance sanitaria: sperimentazione di un set di indicatori per la valutazione delle strutture complesse.**

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che la Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale” individua tra i principi costitutivi del servizio sanitario regionale e ispiratori della propria

azione, Art. 3, comma *i ter*; la “puntuale e costante verifica dei risultati raggiunti dal sistema sanitario e trasparenza nella loro comunicazione ai cittadini” e attribuisce alla Giunta regionale, art.10 comma 4, il compito di individuare procedure e

modalità di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali con particolare riferimento ai seguenti profili:

a) ... *omissis*

b) risultati specifici raggiunti dalle strutture organizzative aziendali ed in particolare dei dipartimenti assistenziali integrati delle aziende ospedaliero-universitarie in relazione agli obiettivi della programmazione aziendale ed alle funzioni attribuite all'azienda dalle disposizioni regionali;

b *bis*) ... *omissis*

c) qualità clinica delle prestazioni erogate, anche in relazione ad obiettivi di eccellenza;

Considerato che nell'anno 2001 con Decreto n. 7425, la Regione Toscana ha affidato al gruppo di ricerca della Scuola Superiore S. Anna l'incarico di predisporre un progetto di prefattibilità per un sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane e che tale progetto è stato implementato in maniera sperimentale in alcune aziende territoriali, con Decreto n. 3065/2003, fino ad essere replicato, previa positiva validazione, nell'anno 2005 in tutte le aziende sanitarie toscane, con un successivo particolare percorso a garanzia della specificità delle Aziende ospedaliero-universitarie;

Considerato che tale percorso sperimentale si è concluso nel luglio del 2006, così che, ad oggi, il sistema valutativo interessa puntualmente tutte le aziende sanitarie toscane;

Ricordato che il Piano Sanitario Regionale 2008/2010 al punto 2.6 - Valutare per migliorare prevede di "*sviluppare il sistema di valutazione, ... al fine di farne strumento di un governo di qualità per la sanità toscana, con cui la politica può misurarsi e quindi riacquisire il suo ruolo fondamentale di indirizzo e controllo*", integrando la valutazione nel processo complessivo di pianificazione per garantire maggior efficacia alla azione di sistema;

Attesa quindi la necessità di prevedere ulteriori ampliamenti del sistema di valutazione della performance prevedendo la possibilità di leggere e valutare i risultati con maggior livello di dettaglio, oltre la dimensione aziendale, ossia per zona distretto e singola struttura complessa, coerentemente con l'articolazione organizzativa della risposta al fabbisogno di salute programmata dal Piano Sanitario Regionale, verso le dimensioni operative più direttamente interessate, e vicine, alla salute del cittadino;

Considerato, che l'organizzazione del Servizio Sanitario Toscano, in particolare sul versante ospedaliero, articola la risposta alla domanda di salute della propria popolazione in specifiche funzioni operative, ciascuna intesa come insieme di attività riconosciute omogenee sotto il profilo pro-

fessionale, e corrispondentemente, la struttura organizzativa professionale, quale insieme delle professionalità omogenee attinenti alla specifica funzione operativa, si connota come l'attore ultimo delle attività, e prestazioni, sanitarie di interesse del cittadino;

Considerato, altresì, che la valutazione della performance della struttura organizzativa complessa afferisce, ed interessa, per propria natura costitutiva, anche alla dimensione più specificamente professionale delle attività, e che, pertanto, si è reso opportuno condividere con i professionisti stessi gli assi e le aree di una possibile valutazione, individuando nel Consiglio Sanitario Regionale, consesso autorevole e naturale di garanzia ed equilibrio della iniziativa, la sede e la regia del procedimento relativo, anche prevedendo la partecipazione, ed il supporto metodologico, della Agenzia Regionale di Sanità e del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna;

Atteso che al termine del complesso procedimento, di cui al punto precedente, il Consiglio Sanitario Regionale ha espresso, in data 29/09/2009, parere favorevole al *set* di indicatori prodotto dai gruppi di lavoro appositamente costituiti, per la valutazione delle strutture complesse, parere n. 41/09 allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

Preso atto che gli indicatori, individuati e condivisi in assemblea plenaria dai gruppi di lavoro costituiti dal Consiglio Sanitario Regionale, rappresentano un primo *set* grezzo di indicatori, trasversali e specifici, alcuni calcolati mentre altri calcolabili o valutabili;

Valutato che attraverso il parere n. 41/2009, allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale, il Consiglio Sanitario Regionale ritiene necessario l'avvio di una sperimentazione per:

- la redazione di un piano di ricerca, per il monitoraggio della procedura, la verifica delle criticità, il miglioramento e la validazione di specifiche e la implementazione di *database* affidabili ai fini dell'utilizzabilità degli indicatori per una valutazione documentata;

Ritenuto opportuno precisare che, per la particolare natura delle performance valutate e nelle more della definitiva validazione degli indicatori proposti, per tutta la durata della sperimentazione gli indicatori elaborati sono patrimonio esclusivo del Consiglio Sanitario Regionale; per il necessario *feedback* valutativo, i gruppi di lavoro continueranno la propria attività a supporto della sperimentazione e delle iniziative correlate, anche della Direzione Generale Diritto alla Salute;

Ritenuto altresì opportuno che le Aziende sanitarie, contestualmente alla sperimentazione, amplino le loro piattaforme informatiche con una sezione dedicata alla valutazione delle strutture

complesse, in coerenza con un auspicato sviluppo degli indicatori di valutazione delle strutture per l'accreditamento di eccellenza delle strutture stesse e per ogni altro fine utile al miglioramento della qualità del S.S.R e nell'interesse della salute dei cittadini;

Considerato, altresì opportuno che per verificare l'appropriatezza degli indicatori, proposti per la sperimentazione ed alimentati con dati di riferimento aziendali, si promuova la raccolta regionale dei dati di riferimento a partire dalle fonti aziendali; molti indicatori hanno come fonte di riferimento i dati della SOD e dell'Azienda per cui la centralizzazione regionale rappresenta una straordinaria opportunità per testarne l'utilità, l'efficacia e l'efficienza su un campione statisticamente più idoneo;

Atteso che al fine di assicurare un'organica regia alla sperimentazione, anche per gli aspetti di particolare complessità precedentemente citati, che nel loro sviluppo unitario rappresentano comunque il successo dell'iniziativa, si ritiene opportuno prevedere la costituzione un "Comitato Tecnico-Scientifico" del Consiglio Sanitario Regionale composto da esperti designati dallo stesso C.S.R. e con la partecipazione della Direzione Generale Diritto alla Salute, della Agenzia Regionale di Sanità e del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna, con gli scopi specificati in narrativa nonché, per individuare le definitive modalità di comparazione tra i risultati degli indicatori a livello regionale con particolare riguardo alla peculiare attività delle Unità Funzionali territoriali, al fine di consentire l'attribuzione dell'accreditamento di eccellenza ai sensi della legge regionale 51/2009;

A voti unanimi;

#### DELIBERA

**1.** Di prevedere l'avvio di una sperimentazione annuale con decorrenza dal 01/01/2010 per l'utilizzo degli indicatori di valutazione delle Strutture Complesse, secondo la definizione di cui alla legge regionale n. 40/2005, contenuti nel parere n. 41/2009 del Consiglio Sanitario Regionale, allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale;

**2.** Di avviare la sperimentazione, di cui al punto 1, a partire dagli indicatori immediatamente calcolabili attraverso i flussi di dati correnti affidandone la regia e responsabilità complessiva al Consiglio Sanitario Regionale;

**3.** Di dare mandato al Consiglio Sanitario Regionale di assicurare la continuità dei gruppi di lavoro precedentemente costituiti, per la attività a supporto della sperimentazione di cui al punto 1, anche istituendo un "Comitato Tecnico-Scientifico" con funzioni di coordinamento dei gruppi di lavoro stessi ai fini del monitoraggio, valutazione e verifica delle criticità nell'uso degli indicatori e dell'implementazione del sistema, mediante approfondimento e validazione degli indicatori disponibili, nonché di nuova individuazione, anche con proposta di azioni da porre in essere sui Sistemi Informativi Aziendali e Regionale;

**4.** Di prevedere la presenza nel Comitato Tecnico-Scientifico delle competenze della Agenzia Regionale di Sanità e del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna, oltre che della Direzione Generale Diritto alla Salute e politiche di Solidarietà;

**5.** Di mettere a disposizione, dalla data di decorrenza delle presente determinazione, tale *set* di indicatori delle Direzioni delle Aziende Sanitarie Toscane, con particolare riferimento ad un loro immediato utilizzo nell'ambito dei sistemi di programmazione e controllo, dei sistemi premianti e di accreditamento all'eccellenza delle Strutture Complesse del Servizio Sanitario Regionale.

**6.** Di impegnare le Aziende sanitarie nelle iniziative di cui in premessa al presente atto, con particolare riferimento alla necessità di ampliare le loro piattaforme informatiche con una sezione dedicata alla valutazione delle strutture complesse, e ad agevolare la raccolta regionale dei dati di riferimento a partire dalle fonti aziendali;

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art 18, comma 2, lett. A) della L.R. 23/2007, in quanto conclusivo di un procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale.

#### PARERE 41/2009

Seduta del 29 settembre 2009;

Vista la L.R. 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale";

Vista la L.R. 14 dicembre 2005, n. 67 "Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio 'sanitario regionale). Interpretazione autentica dell'articolo 59 della l.r. 40/2005;

Vista la L.R. n. 60 del 10/11/08: "Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale)";

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 974 del 27 agosto 2001 "Consiglio sanitario regionale: presa d'atto del regolamento e modifica delibera n. 922/00";

Visto il regolamento del Consiglio Sanitario

Regionale approvato nella seduta assembleare del 25 luglio 2006;

Visto l'Ordine del giorno predisposto dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR); Visto il verbale dell'Assemblea del 30 settembre 2008; Vista la normativa statale e regionale in materia; All'unanimità.

#### ESPRIME PARERE

FAVOREVOLE al set di indicatori per la valutazione delle strutture complesse, che in allegato - Allegato A - costituisce parte integrante e sostanziale del presente parere.

Dato atto che gli indicatori, individuati e condivisi dai gruppi di lavoro costituiti dal Consiglio Sanitario Regionale, costituiscono un primo set grezzo di indicatori, trasversali e specifici, alcuni dei quali risultano calcolati mentre altri sono calcolabili o valutabili (come da tabella allegata: Allegato B).

#### RITIENE

1. necessario l'avvio di una sperimentazione per la redazione di un piano di ricerca, per il monitoraggio della procedura, la verifica delle criticità, per il miglioramento e per la validazione di specifiche e la implementazione di database affidabili ai fini dell'utilizzabilità degli indicatori per una

vantazione documentata;

2. necessario evidenziare che per tutta la durata della sperimentazione gli indicatori sono patrimonio del Consiglio Sanitario Regionale;

3. opportuno evidenziare che i gruppi di lavoro continueranno la propria attività a supporto della sperimentazione e dell'attività della Direzione Generale;

4. opportuno proporre l'ampliamento delle piattaforme informatiche delle Aziende Sanitarie con una sezione dedicata alla valutazione delle strutture complesse;

5. opportuno che lo sviluppo degli indicatori di valutazione delle strutture sia utilizzato al fine dell'accreditamento di eccellenza delle strutture stesse e per ogni altro fine utile al miglioramento della qualità del SSR e nell'interesse della salute dei cittadini;

6. ritiene opportuno che per verificare l'appropriatezza per gli indicatori proposti per la sperimentazione, si promuova la raccolta regionale dei dati di riferimento a partire dalle fonti aziendali. Molti indicatori hanno come fonte di riferimento i dati della SOD e dell'Azienda per cui la centralizzazione regionale rappresenta una straordinaria opportunità per testarne l'utilità, l'efficacia e l'efficienza su un campione statisticamente più idoneo.

# Salute e SST nel sito istituzionale della Regione Toscana



on line a partire dal gennaio 2010 il nuovo assetto web della sanità Toscana, collocato all'interno del portale della Giunta Regionale.

Il [www.salute.toscana.it](http://www.salute.toscana.it), si spinge e si fa in due! Il passaggio è stato preceduto e accompagnato da un ripensamento complessivo sull'offerta informativa in relazione ai due pubblici di riferimento principali: cittadini ed addetti ai lavori. Nel quadro della riorganizzazione del por-

regionale, i contenuti presenti sul sito [www.salute.toscana.it](http://www.salute.toscana.it) hanno trovato collocazione nella sezione salute di [www.regione.toscana.it/salute](http://www.regione.toscana.it/salute) e [www.regione.toscana.it/sst](http://www.regione.toscana.it/sst)

DANIELA PAPINI, FRANCESCA MORI

Settore Comunicazione  
Direzione Generale Diritto alla salute  
e Politiche di solidarietà Regione Toscana

In questo contesto si colloca la scelta di inserire fra gli approfondimenti di "salute", la

voce Servizio sanitario Toscana che rimanda ad un minisito con un proprio indirizzo a sottolinearne il valore comunicativo e, che vuole parlare ai 50.000 operatori del SST che costituiscono la

prima risorsa delle attività di miglioramento dei servizi sanitari.

Si tratta complessivamente di un *work in progress* mirato alla crescita ed alla utilità delle informazioni che vi sono contenute attraverso un flusso costante proveniente dai settori della direzione generale del diritto alla salute e politiche di solidarietà, che sono i provider, principali e fondamentali, dei contenuti.

La home page del minisito SST, nelle immagini utilizzate e nella head line "la salute prima di tutto", contiene il richiamo a valori come l'equità, la responsabilità e la cooperazione degli operatori del servizio pubblico in ordine al miglioramento della salute, mentre una 'guida' introduce ai suoi obiettivi, contenuti e servizi offerti.

Primo fra tutti Filodiretto, un canale di comunicazione con i cittadini già attivo e conosciuto come Infosanita su [www.salute.toscana.it](http://www.salute.toscana.it) che intende diventare in questo nuovo contesto un riferimento anche per gli operatori toscani.

Una home ricca e articolata con argomenti "In evidenza", visibilità per gli istituti del Governo Clinico e per quelli collegati (Ars, Ispo, ecc...) e segnalazioni delle "Opportunità". E poi un menù costruito su 5 sezioni principali, *organizzazione, formazione, comunicazione, aree di intervento e procedure* che raccolgono informazioni per il mondo di tutte le varie comunità professionali, medici, infermieri, amministrativi ma anche comunicatori e formatori.

E quando i contenuti ad una prima lettura possono apparire gli stessi di [www.salute.toscana.it](http://www.salute.toscana.it), vale la pena segnalare che molti di questi sono stati riformulati e rivisitati.

La parte dedicata alle commissioni, comitati, osservatori e gruppi di lavoro, è invece tutta nuova. Anche questa, *work in progress*, è una finestra che dà rapidamente una chiara immagine delle attività e collaborazioni della nostra organizzazione esplicitando il *chi fa che cosa*.

E le Aree riservate? Utilissime agli addetti ai lavori, non sono certo scomparse. Riorganizzate e valorizzate, hanno un accesso più breve mediante la voce *Area riservata* posta in

alto a destra, sotto la Intranet regionale.

Ecco quindi come Salute e SST sono forma e basamento della sanità pubblica in Toscana per offrire ai cittadini e agli operatori un quadro generale dei servizi e dei temi contenuti negli atti della programmazione regionale, rafforzando, in prospettiva, relazioni di scambio con i propri pubblici.

Si apre così, oltre al consolidamento e completamento della piattaforma regionale la strada ad un piano di sviluppo sinergico e coerente che vedrà coinvolti i siti delle aziende sanitarie, nella logica di governance comunicativa dell'intero sistema.

L'attivazione di un gruppo di lavoro di livello regionale e aziendale sarà volto alla produzione di linee guida (standard grafici, funzionali e di contenuto) e alla individuazione delle buone pratiche esistenti. Pensiamo che dall'analisi puntuale dei siti aziendali emergeranno ampi margini di crescita per la condivisione di criteri e strumenti e per una migliore offerta della informazione sulla salute e sulla sanità in Toscana.



# Consiglio Sanitario Regionale

## Automonitoraggio glicemico: indicazioni

Una serie di importanti studi clinici, tra cui il DCCT e l'UKPDS hanno dimostrato l'importanza dello stretto controllo metabolico per prevenire le complicanze croniche del Diabete.

Esiste tra gli specialisti del settore un ampio consenso che il mantenimento dei livelli glicemici entro i limiti consigliati dalle Società Scientifiche ha un impatto positivo sullo stato di salute e benessere e sulle aspettative di vita dei pazienti diabetici.

Alla luce di queste considerazioni, tutte le persone con diabete dovrebbero cercare di raggiungere e mantenere gli obiettivi terapeutici indicati, che implicano misurazione della glicemia in vari momenti della giornata, tra cui prima e 1-2 ore dopo i pasti principali e al momento di coricarsi, il tutto naturalmente durante la vita di tutti i giorni.

L'autocontrollo domiciliare della glicemia è l'unico modo oggi disponibile per effettuare tali verifiche.

In base ai dati della letteratura e alle linee guida delle Società Scientifiche, le indicazioni e le modalità dell'autocontrollo domiciliare della glicemia variano in relazione all'età, al tipo di diabete e di terapia ipoglicemizzante praticata.

La maggior parte dei dati disponibili sull'efficacia dell'autocontrollo domiciliare della glicemia riguardano il **Diabete di tipo 1**, che, per la sua natura, è caratterizzato da glicemie spesso molto variabili nell'arco delle 24 ore.

Nelle persone affette da questa malattia l'autocontrollo domiciliare della glicemia deve essere considerato **INDISPENSABILE**, poiché solo attraverso questa pratica i pazienti possono raggiungere e mantenere gli obiettivi terapeutici programmati. In particolare modo, nei pazienti in trattamento insulinico intensivo, il controllo della glicemia prima di ogni pasto è spesso necessario per decidere la dose di insulina da praticare in base alla glicemia del momento e al tipo di pasto previsto.

La frequenza e l'orario delle verifiche domiciliari possono variare in rapporto agli obiettivi del singolo paziente, ma per la maggior parte delle persone con diabete di tipo 1 sono necessarie, in condizioni normali, almeno quattro glicemie al giorno (tra gli schemi più utilizzati quelli a 4 determinazioni giornaliere: digiuno, due ore dopo colazione, pranzo e cena. Può essere ottimizzato con uno schema a giorni alterni che preveda in alternanza la determinazione delle glicemie prepran-

diali e postprandiali).

In condizioni particolari, come ad esempio variazioni dello schema terapeutico, malattie intercorrenti, gravidanza o preparazione a interventi chirurgici, il numero dei controlli deve essere aumentato.

Per quanto riguarda l'età pediatrica la particolare instabilità legata alla imprevedibilità dell'alimentazione, del movimento, alla frequenza delle malattie intercorrenti nonché alla fisiologia dell'organismo in accrescimento, richiedono che il numero delle glicemie debba essere necessariamente superiore a quello delle età successive (fabbisogno stimato da 6 a 10 determinazioni al giorno su prescrizione specialistica).

In età pediatrica la determinazione della glicemia e chetonuria rappresenta uno strumento importante per la valutazione indiretta del controllo glicemico, consentendo inoltre di individuare fasce orarie di sospetto per un'ipoglicemia (fabbisogno stimato 1-3 determinazioni al giorno).

Per i pazienti in età evolutiva di età inferiore ai 10 anni e per i pazienti in terapia insulinica continua con microinfusore è indispensabile la valutazione della chetonemia per la prevenzione delle chetoacidosi secondarie (fabbisogno stimato 1 confezione/mese).

Altra condizione che richiede un monitoraggio glicemico intensivo con frequenti determinazioni della glicemia in diverse ore della giornata e, a volte, anche nelle ore notturne, è rappresentata dal diabete in gravidanza.

Le donne con diabete pregravidico (tipo 1 e 2) in fase di programmazione e per tutta la durata della gestazione devono tendere alla normoglicemia, condizione indispensabile per ridurre l'incidenza di malformazioni congenite e della morbilità materno-fetale legata a questa condizione.

Per raggiungere quest'obiettivo potranno rendersi necessari anche dieci-dodici determinazioni glicemiche giornaliere.

Per l'altra forma di diabete in gravidanza (diabete gestazionale), insorgente nel corso della gestazione, ad organogenesi ormai avvenuta, il controllo glicemico è altresì importante, ma può essere limitato a 4 determinazioni giornaliere (digiuno e post-prandiale); queste stesse indicazioni sono riconosciute valide anche per quei casi che presentano una curva da carico patologica, (un solo valore oltre la soglia) in assenza di diagnosi di diabete gestazionale secondo i criteri ancora validi, ma

prossimi alla revisione.

L'indicazione dell'automonitoraggio glicemico per le donne appartenenti a quest'ultima categoria è giustificata da numerose osservazioni cliniche che indicano una morbilità materno-fetale pari a quella riportata nel diabete gestazionale e dalla considerazione che una nuova rivalutazione della tolleranza glucidica permetterebbe di classificare anche questa donna come affetta da diabete gestazionale.

Sia per le donne con diabete gestazionale, che per quelle con alterazioni minori del metabolismo glucidico in gravidanza un maggior numero di determinazioni (fino ad un massimo di sei) si può prevedere solo nei casi che necessitano di terapia insulinica.

**In entrambi i casi la prescrizione avrà termine a parto concluso.**

Le persone con **Diabete di tipo 2 trattate con terapia insulinica** dovrebbero praticare l'autocontrollo domiciliare della glicemia con modalità simili a quelle previste per il Diabete di tipo 1.

Anche in questi pazienti, infatti, è necessario monitorare la glicemia in diversi momenti della giornata per verificare il raggiungimento degli obiettivi glicemici programmati e per scoprire e prevenire le ipoglicemie asintomatiche.

La frequenza e l'orario delle verifiche domiciliari possono variare in rapporto agli obiettivi del singolo paziente, ma nella maggior parte dei casi il numero di glicemie necessarie, in condizioni normali, è in rapporto al numero di somministrazioni giornaliere di insulina, con aumento del numero dei controlli nelle stesse particolari situazioni descritte per il diabete di tipo 1.

Per le persone con **Diabete di tipo 2 trattate con ipoglicemizzanti orali**, e in particolare con farmaci che stimolano la secrezione insulinica, l'autocontrollo domiciliare della glicemia è **CONSIGLIABILE**, sia per verificare il raggiungimento degli obiettivi glicemici programmati che per sorvegliare e prevenire le ipoglicemie asintomatiche.

In questi pazienti, l'autocontrollo serve anche per modificare la terapia in base all'andamento dei valori glicemici nei vari momenti della giornata.

È fondamentale l'intervento del medico per spiegare al paziente la maggiore importanza della glicemia post-prandiale e gli aspetti benefici a lungo termine dell'autotest glicemico sul management della malattia e sul controllo delle complicanze croniche correlate. Inoltre, in questi pazienti, il monitoraggio domiciliare della glicemia serve per rivelare e prevenire le ipoglicemie asintomatiche cui talvolta essi vanno incontro.

L'uso dell'automonitoraggio serve a verificare la relazione esistente con il tipo di alimentazione, gli effetti indiscutibilmente benefici dell'attività fisica e le possibili influenze di stati emotivi/stati

fisici/alimenti.

Serve inoltre a migliorare il grado di autocontrollo della malattia.

L'autotest glicemico deve essere sempre inserito in un percorso educativo del paziente che dovrà avere piena consapevolezza della malattia e conoscere gli effetti di alcuni alimenti/stati emotivi e/o fisici sul profilo glicemico per evitare di cadere in stato di frustrazione e perdita di motivazione.

L'automonitoraggio glicemico deve servire non solo ad ottimizzare il regime terapeutico ma deve anche stimolare il paziente a controllare il proprio regime dietetico sulla base di risultati diretti ed a evidenziare l'effetto indiscutibilmente benefico dell'attività fisica.

Il numero di controlli giornaliero è in genere più elevato all'inizio della terapia o in occasione delle variazioni terapeutiche e tende a diminuire nel tempo con il raggiungimento del compenso desiderato e la stabilizzazione dei valori glicemici; è comunque desiderabile che non sia inferiore a un profilo settimanale su quattro punti con incrementi dettati da particolari situazioni cliniche.

La pratica dell'autocontrollo domiciliare della glicemia è ancora più indicata in quei pazienti con Diabete di tipo 2 che abbiano un alto rischio di ipoglicemia, soprattutto se asintomatica, o che possano avere conseguenze dell'ipoglicemia potenzialmente fatali (grave arteriopatia coronarica o cerebrale) anche se il rischio di ipoglicemia non è particolarmente elevato; in tali pazienti la frequenza dei controlli deve essere aumentata.

L'autocontrollo domiciliare della glicemia è indicato in tutte le persone con diabete sottoposte a trattamenti iperglicemizzanti (ad es. con glucocorticoidi).

Nelle persone con **Diabete di tipo 2 trattati solo con dieta e/o con farmaci insulinosensibilizzanti**, nell'ambito di un programma di educazione terapeutica strutturata e sotto controllo medico, l'automonitoraggio non intensivo consente una modificazione significativa dello stile di vita con effetti benefici a lungo termine sul management della malattia e sul controllo delle complicanze croniche correlate.

In tali casi è consigliabile uno schema di controllo glicemico a coppie di glicemia (al risveglio e un'ora dopo colazione, prima di pranzo e due ore dopo il pranzo, prima di cena e due ore dopo cena). Questa modalità, per la maggiore utilità dei risultati, dovrebbe sostituire quella ancora diffusa dei controlli a scacchiera.

Alla luce dell'importanza del periodo post-prandiale come fattore di rischio cardiovascolare anche negli stadi precoci del diabete, l'autocontrollo domiciliare della glicemia potrebbe essere di grande aiuto per individuare i pazienti più a rischio.

Inoltre, alla diagnosi di diabete, l'automonitoraggio può permettere, in associazione ad un intervento educativo strutturato, di raggiungere quanto prima gli obiettivi clinici prefissati e rinforzare l'aderenza al trattamento.

Alla luce delle considerazioni sopra riportate appare giustificato definire l'automonitoraggio domiciliare della glicemia con glucometri portatili come uno strumento terapeutico e come tale da affidare all'equipe curante all'interno di un più ampio programma di terapia.

### Si dispone pertanto:

1. di predisporre la più ampia diffusione delle raccomandazioni sull'autocontrollo ed il loro aggiornamento;
2. di individuare dei "modelli" di comportamento prescrittivo in relazione ai bisogni dei pazienti ed in accordo con le raccomandazioni (Allegato 1)
3. di affidare alle Associazioni dei pazienti il compito di organizzare, in accordo con i MMG ed i Servizi di Diabetologia di riferimento locale, opportune iniziative verso i pazienti per diffondere la cultura dell'autocontrollo come mezzo per l'autogestione.

### Allegato 1

REGIONE TOSCANA

Azienda USL \_\_\_\_\_

"Indicazione Struttura Prescrivente"

Richiesta di fornitura di presidi sanitari per pazienti diabetici  
(ai sensi della Delibera Regione Toscana n. 400 del 13/04/2001)

Sig./Sig.ra: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Esenzione: Sì  No

Classe di appartenenza:

CA	Terapia	Controlli/die (secondo Linee Guida Regionali)
1 ■	Insulinica Intensiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Di regola controlli uguali al numero di iniezioni di insulina + 1/die</li> <li>• Numero superiore in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti o condizioni particolari quali: età pediatrica, gravidanza, terapia con micro-infusore</li> </ul>
2 ■	Insulinica convenzionale o mista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero controlli pari alle iniezioni giornaliere</li> <li>• Numero superiore in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione del fatto</li> </ul>
3 ■	Ipoglicemizzanti orali stimolanti la secrezione insulinica ( <i>sulfaniluree, guanidi</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fino a 2 controlli/die in presenza di rischio elevato di ipoglicemia o conseguenze potenzialmente gravi dell'ipoglicemia (<i>coronaropatia, vasculopatia cerebrale, retinopatia proliferante</i>)</li> <li>• Numero superiore in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione del fatto</li> </ul>
4 ■	Dieta e/o farmaci insulinosensibilizzanti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'efficacia dell'autocontrollo in questa classe di pazienti è dimostrata all'interno di un programma educativo, all'inizio del trattamento, <b>o per periodi di verifiche alimentari ben definite</b></li> </ul>
5 ■	Diabete gestazionale e alterazioni minori del metabolismo glucidico in gravidanza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo dieta, 4/die</li> <li>• Terapia insulinica, fino ad un massimo di 6/die</li> </ul>

Presidio	Tipo	Fabbisogno mensile
Strisce reattive per glicemia		
Strisce reattive per glicosuria/chetonuria		
Siringhe monouso da insulina		
Aghi monouso per penna		
Lancette pungì dito		
Strisce per la chetonemia		

La presente prescrizione ha validità fino a . Il paziente ha ricevuto adeguata informazione/educazione all'autocontrollo presso:

Struttura di Diabetologia  Ambulatorio MMG (contrassegnare sede informazione)

Il Medico Prescrittore

Luogo e data: \_\_\_\_\_

**Nota:** si ricorda che è onere del medico prescrittore accertare l'effettivo utilizzo dei presidi di autocontrollo precedentemente prescritti o valutare attentamente i motivi per i quali nonostante il loro mancato utilizzo si ritenga necessaria un'ulteriore prescrizione. La validità della prescrizione può essere, a cura del Servizio Specialistico, indicata anche fino a cambiamento della terapia.



# Per chi ha lavorato all'estero un riscatto problematico

**A**nche per i medici che hanno svolto attività all'estero è possibile recuperare gli anni dei versamenti previdenziali prodotti in quei paesi al fine di ottenere un trattamento pensionistico più abbondante in Italia.

Si pone, infatti, il problema di non perdere i periodi maturati che, poi, confluiranno nella pensione italiana.

Tuttavia è da rilevare che, a questo fine, esiste una sostanziale differenza in relazione al Paese dove è stata svolta l'attività lavorativa. In pratica abbiamo due differenti realtà che corrispondono a condizioni giuridiche e normative legate alle condizioni dei realtà nazionali e sovra nazionali. Infatti per quanto riguarda i Paesi membri dell'Unione Europea (UE) ma anche quelle nazioni legate all'Italia da una specifica convenzione di sicurezza sociale (Australia, Argentina, Canada, Usa, Venezuela, Brasile ed altri) la condizione del recupero degli anni di contributi è facilitata, mentre per gli altri Paesi la situazione diviene più problematica.

Nel primo caso è possibile attivare, in via automatica, la cosiddetta "totalizzazione" cioè lo strumento, introdotto in Italia da pochi anni, che consente di sommare i periodi di lavoro prodotti all'estero, regolarmente retribuiti e assicurati, e di essere conteggiati assieme a quelli realizzati in Italia al fine di consentire al lavoratore di raggiungere il diritto al trattamento pensionistico. In pratica chi avesse, ad esempio, lavorato 10 anni in Germania e almeno altri 25 in Italia, al raggiungimento dell'età oggi richiesta di 59 anni, potrà chiedere la pensione potendo vantare un totale di 35 anni complessivi di contributi. Ricordiamo che con il sistema della totalizzazione, la pensione sarà calcolata sui 25 anni di versamenti prodotti in Italia e la pensione straniera sui restanti 10 anni. Qualora, invece, la prestazione lavorativa sia stata svolta in Paesi diversi, ad esempio in India, in Giappone, Russia ovvero nei Paesi Arabi, vi è il rischio di perdere i contributi prodotti. Per poterli

recuperare bisognerà attivare un altro strumento a disposizione dei lavoratori: il riscatto. Solamente così facendo potrà recuperare quei versamenti e

farli traslocare in Italia, indipendentemente dal fatto che il lavoratore sia probabilmente già stato assicurato nel paese straniero.

In questa ipotesi l'interessato potrà anche richiedere una pensione straniera, sempre che abbia raggiunto i requisiti richiesti dalla legislazione locale.

La domanda del riscatto dovrà essere presentata all'ente previdenziale italiano (Inps) corredandola con una serie di documenti fra i quali spicca la certificazione che il lavoro prestato all'estero sia stato effettivamente svolto e sia durato per il tempo indicato dall'interessato. Utile anche poter indicare e documentare l'entità della retribuzione. Qualora tale ultima condizione non fosse possibile, l'Inps determinerà la retribuzione sulla base dei minimali contributivi richiesti in Italia. Nel caso di attività svolta prima del 1982 l'Inps farà riferimento a delle specifiche tabelle predeterminate. Altre documentazioni da presentare sono rappresentate da tutto quel materiale che possa specificare il rapporto di lavoro attivato: le lettere di ingaggio, la comunicazione di assunzione e di termine di lavoro, la busta paga e qualunque altra dichiarazione dell'azienda dove si è lavorato. In alternativa è possibile presentare dichiarazioni delle autorità consolari italiane o di pubbliche amministrazioni straniere che controllano l'emigrazione, assieme ai documenti ufficiali che comprovino la data di espatrio e di rimpatrio.

Si raccomanda di allegare, per tutte le documentazioni fornite, la traduzione in italiano convalidata dall'Ambasciata o dal Consolato italiano, ovvero da traduttori italiani autorizzati.

Qualora non fosse possibile recuperare la documentazione originale è ammesso che il datore di lavoro straniero possa presentare una dichiarazione "ora per allora" con cui si conferma l'esistenza del rapporto lavorativo e la sua durata. Anche in questo caso tale documento va convalidato dal Consolato italiano.

**TM**

CLAUDIO TESTUZZA

*Medico Chirurgo, esperto in Previdenza, Roma*



# La Trombosi Venosa degli Arti Superiori

## Epidemiologia

La prevalenza della trombosi venosa dell'arto superiore (TVPas) è in aumento: recenti studi osservazionali rilevano come rappresenti circa l'11% delle trombosi venose, mentre prima del 1967 non superava il 2%. In gruppi selezionati di pazienti (chirurgici con sepsi in ICU) la incidenza della TVPas è risultata superiore rispetto alla TV degli arti inferiori (17% vs 13%). La minor prevalenza rispetto alla TVP degli arti inferiori può essere correlata con la frequente asintomaticità ed il minor stress gravitazionale: la stasi nelle vene degli arti superiori è molto rara ed è correlata con la chirurgia o alla ingessatura.

RAFFAELE LAUREANO\*, STEFANO TATINI\*\*

\* Direttore SC Medicina Interna

\*\* Responsabile Angiologia

Ospedale SM Annunziata - Firenze

## Patogenesi e fattori di rischio

La TVPas si riferisce comunemente alla TV succlavio ascellare e sotto il profilo patogenetico è distinta in **una forma primaria**, il 20-25% dei casi, non correlata a fattori di rischio noti, che comprende la rara TVPas idiopatica, la trombosi venosa associata a sindrome dello stretto toracico superiore (Thoracic Outlet Syndrome o TOS) e la sua variante da sforzo o sindrome di Paget-Schroetter (PSS).

Nello stretto toracico superiore, dove decorrono i vasi succlavi ed il plesso brachiale, si riconoscono tre punti di fisiologico restringimento, rappresentati dal triangolo interscalenico, dallo spazio costoclaveare e da quello retropettorale.

Circa il 60% dei pazienti con TVPas primaria ha una TOS. La PSS si verifica in pazienti altrimenti sani, di solito giovani maschi con una storia recente di sforzi inusuali con gli arti superiori, in assenza di fattori predisponenti o alterazioni anatomiche dello stretto toracico superiore.

La **TVPas secondaria** è associata ai classici fattori di rischio per la trombosi genetica o acquisita (Tabella 2).

La correlazione con il cateterismo venoso è stretta e si verifica con prevalenza variabile fra 10-38% per i cateteri centrali inseriti in vena periferica (PICCS) e fra il 2-41% quando l'accesso venoso è centrale (CVC). La TV è strettamente connessa al diametro del CVC, ai tentativi di inserimento, alla posizione della punta, ed al tipo di catetere, più basso per CVC in silicone e poliuretano rispetto a quelli in polietilene o teflon. La infezione del CVC aumenta considerevolmente il rischio di trombosi venosa correlata al catetere venoso. (RR 17,6; 95% CI 4,1-74,1). La associazione fra pacemakers e TVPas ha una prevalenza intorno al 10% e riguarda soprattutto i primi due mesi dopo l'impianto.

La neoplasia attiva, presente cioè da meno di 5 anni prima della diagnosi di trombosi, comporta un rischio molto elevato di TVPas (OR 17,9; 95% CI 12,0-26,7): il cancro attivo o non attivo si associa ad un rischio comunque significativamente superiore rispetto ai pazienti non neoplastici (OR 7,7; 95% CI 4,6-13,0).

**Tabella 1** - Cause di stenosi dello stretto toracico superiore

- Magaapofisi trasversa delle ultime vertebre cervicali.
- Coste soprannumerarie o accessorie (Fig. 2).
- Callo osseo ipertrofico clavicolare o costale.
- Anomala inserzione muscolare o ipertrofia (m. scaleni, succlavio, piccolo pettorale) o tendinea (ligamenti sterno costo clavicolari).
- Atteggiamento posturale favorevole (caduta del cingolo scapolomeroale e diminuzione della forchetta costoclaveare).

**Tabella 2** - Fattori di Rischio per TVPas

- Cateterismo venoso
- Pacemakers
- Cancro
- Trauma
- Chirurgia
- Ingessatura
- Trombofilia

## Complicazioni

La sindrome post trombotica è la complicazione locale prevalente (15% a due anni), mentre le recidive sono meno frequenti rispetto alla trombosi degli arti inferiori (8% a cinque anni). La embolia polmonare complica il 10-30% delle TVPas ed è più frequente nei pazienti con CVC (36%).

## La diagnosi clinica

In un'elevata percentuale di casi la TVPas può essere asintomatica o manifestarsi soltanto con il malfunzionamento del CVC. Edema, dolore, distensione venosa all'arto superiore e collo sono i sintomi e segni più frequenti. L'andamento intermittente dei sintomi può essere espressione di una patogenesi neurogena. Nel 9% dei casi il quadro di esordio può essere quello della embolia polmonare. Nel sospetto di TOS l'esame obiettivo deve valutare l'ampiezza del polso radiale, il valore della pressione omerale e la loro simmetria, in condizioni di basali e dopo tests dinamici: Test di Adson, Test di Mc Gowan e Test di Wright che esplorano separatamente i punti di fisiologico restringimento dello stretto toracico superiore. La sensibilità della valutazione clinica non supera il 50%.

## La diagnosi strumentale

L'esame iniziale di scelta è la ultrasonografia (US) con studio ecocolor Doppler che è sensibile e specifico soprattutto distalmente alla clavicola (sensibilità 56-100%; specificità 94-100%).

Nel sospetto di TOS la US basale e dopo test dinamico, può evidenziare alterazioni morfologiche vascolari e le relative alterazioni di flusso venoso (Figura 1 e 2).

Non ci sono criteri ultrasonografici chiaramente definiti per la diagnosi di TOS vascolare: il raddoppiamento delle velocità sistolica è comun-

que indicativo di stenosi arteriosa emodinamica (>50% del lume) e le manovre provocative possono indurre completa interruzione del flusso in arteria succlavia. Il ricorso alla flebografia con RM e TC, è indicato quando la US è negativa nel paziente sintomatico ad alto rischio (es. con CVC). Lo studio con RM e TC a riposo ed in iperabduzione permette inoltre di identificare le anomalie anatomiche associate alla TOS.

Lo studio della trombofilia è riservato a casi selezionati con storia familiare o personale di trombosi venosa, nei soggetti giovani (< 50 anni) senza evidenti fattori di rischio, oppure nella donna che assume contraccettivi orali, con storia di aborti inspiegabili o in gravidanza.

Lo studio con Angiografia e test dinamici conferma la diagnosi e permette una corretta pianificazione dell'intervento nella TOS.

## Profilassi e Terapia

Nel paziente oncologico con CVC, ad alto rischio di trombosi venosa, la profilassi farmacologica con Dalteparina 5000 U.I. die per 16 settimane o dosi fisse di Warfarin (1 mg die) per 8 settimane purtroppo non ha ridotto l'incidenza di TV. La incidenza della trombosi flebografica è ridotta dalla Enoxaparina 40 mg die per 6 settimane, in maniera non significativa (14 vs 18%).

Il trattamento ottimale della TVPas acuta è controverso per la assenza di trials clinici randomizzati. La terapia più utilizzata è quella anticoagulante che prevede una fase iniziale con eparina non frazionata oppure eparina a basso peso molecolare (EBPM) o Fondaparinux, con successiva anticoagulazione orale per tre mesi. Gli schemi di trattamento sono quelli utilizzati per la trombosi venosa profonda degli arti inferiori. La trombolisi sistemica comporta un rischio emorragico elevato rispetto alla anticoagulazione standard, senza ridurre la incidenza di embolia polmonare e delle sequele. La lisi catetere guidata può essere adottata in pazienti ad alto rischio di sanguinamento con sintomi severi e di recente insorgenza.

L'approccio multimodale proposto per il trattamento della trombosi associata a TOS prevede in sequenza, la trombolisi catetere guidata, la flebografia posizionale, la anticoagulazione per tre mesi e successivamente la decompressione chirurgica con eventuale stenosi residue.

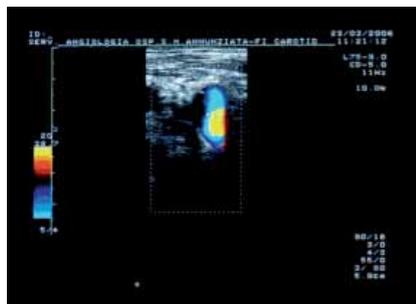
Anche per la trombosi correlata alla presenza di CVC è consigliato il trattamento anticoagulante per tre mesi conservando il CVC (soprattutto se long term es. port a cath) se funzionante. La sua eventuale rimozione non riduce la durata della terapia medica ed è indicata se il CVC è mal posizionato, non funzionante o infetto.

## Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [raffaele.laureano@asf.toscana.it](mailto:raffaele.laureano@asf.toscana.it)



**Figura 1** - Trombosi venosa al confluente giugulo succlavio destro al B mode



**Figura 2** - Stessa immagine Fig 1 con modulo colore (Power Doppler) che non aumenta la elevata sensibilità del B mode

# L'uveite nelle malattie reumatiche dell'età pediatrica

## L'esperienza del servizio di Oculistica e Reumatologia pediatrica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Meyer"

**O**ftalmologi e reumatologi hanno formazioni divergenti e utilizzano un linguaggio solo parzialmente condiviso. Data la complessità delle malattie infiammatorie sistemiche, ciò può determinare serie conseguenze e ritardi nella diagnosi e cura delle patologie infiammatorie oculari.

Consci di tale problematica, i due centri di riferimento regionale di Oculistica e Reumatologia Pediatrica dell'azienda Ospedaliero-Universitaria A. Meyer si sono ripetutamente confrontati e dalla loro collaborazione è nato un progetto pilota per l'attuazione di un Ambulatorio Condiviso.

### EPIDEMIOLOGIA E CLASSIFICAZIONE

Il coinvolgimento oculare, in particolare l'uveite infiammatoria cronica, è una delle manifestazioni extra-articolari più comuni delle patologie reumatologiche pediatriche. Il termine uveite comprende varie forme di flogosi intraoculare che coinvolgono la tunica vascolare e le strutture adiacenti. L'uveite viene comunemente classificata secondo la localizzazione anatomica dell'infiammazione in anteriore, intermedia, posteriore e panuveite. In età pediatrica il 30-40% delle uveiti infiammatorie sono anteriori, il 40-50% posteriori, il 10-20% intermedie, il restante 5-10% pan-uveiti.

I vari sottotipi possono essere ulteriormente caratterizzati in base all'esordio (improvviso o insidioso), lateralità (uni- o bilaterale), durata (acuta o cronica), decorso (ricorrente o persistente), patogenesi (granulomatose e non).

### CLINICA

I più comuni sintomi di uveite sono offuscamento, dolore, fotosensibilità e rossore. La maggior parte dei casi di uveite nelle patologie reumatologiche dell'età pediatrica sono bilaterali (70-80%) o lo diventano secondariamente.

La più frequente causa non infettiva di uveite in età pediatrica è l'artrite idiopatica giovanile (AIG). Diversamente dalla maggior parte delle uveiti anteriori raramente è sintomatica; l'esordio è insidioso ed è pertanto difficile definire l'epoca d'insorgenza. Da qui l'importanza di un follow-up con esame oculare con lampada a fessura.

### TERAPIA

Le linee guida si avvalgono di un approccio piramidale alla flogosi, secondo i seguenti step:

**Corticosteroidi topici (CCS):** Terapia di primo livello. Da iniziare tempestivamente per prevenire sinechie posteriori.

**Cicloplegici topici:** da usare in associazione ai corticosteroidi topici per alleviare fotofobia e dolore e prevenire sinechie.

**Iniezioni locali di corticosteroidi e impianti intraoculari a rilascio**

**prolungato:** nei casi di scarsa responsività alla somministrazione di CCS topici.

**Corticosteroidi sistemici:** Per bambini che non rispondono o non tollerano le iniezioni perioculari.

Se l'attività oculare non va incontro a quiescenza o compaiano complicanze (minaccia di perdita del visus) e/o effetti collaterali, il secondo step prevede:

**Immunosoppressori:** antimetaboliti (i.e. Metotrexato, Azatioprina e Micofenolato mofetil), inibitori della calcineurina (i.e. Ciclosporina e Tacrolimus) ed agenti alchilanti (Ciclofosfamide e Clorambucile); tra questi il metotrexato è il più usato; la sua efficacia non può essere testata prima di 4-8 settimane dall'introduzione.

**Farmaci "modificatori dell'attività biologica":** terapia emergente che comprende inibitori del TNF $\alpha$ , IFN $\alpha$  e daclizumab (catena alfa del recettore anti-IL2). Infliximab, adalimumab ed etanercept sono approvati dalla FDA.

**Terapia chirurgica:** in caso di cataratta (40-60%).

### ESPERIENZA DEL CENTRO DI REUMATOLOGIA PEDIATRICA DELL'OSPEDALE MEYER

L'inquadramento diagnostico dell'uveite pediatrica deve considerare localizzazione, decorso, tipo di processo infiammatorio, caratteristiche demografiche del paziente e risultati delle indagini microbiologiche. Una mirata ed adeguata raccolta anamnestica, un'attenta visita pediatrica e reumatologica, una corretta interpretazione dei dati di laboratorio e soprattutto una stretta collaborazione interdisciplinare permettono di definire la causa dell'uveite e assicurano un trattamento adeguato. La stretta collaborazione fra il reumatologo e l'oculista pediatrici è quindi importante per la miglior cura possibile del bambino affetto da uveite infiammatoria cronica.

A nostro avviso lo "standard care" del bambino

FRANCESCA FANTI, VALERIA GALICI,  
°CINZIA DE LIBERO, °ROBERTO CAPUTO,  
°BARBARA ZAMMA GALLARATI, ILARIA PAGNINI,  
ROLANDO CIMAZ, GABRIELE SIMONINI  
*Centri di riferimento regionale di Reumatologia Pediatrica ed °Oculistica Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria, "Meyer" - Firenze*

Tabella 1

pazienti con uveite cronica		patologie associate a uveite cronica				
m	f	aig	behcet	connettivite	sarcoidosi	uveite
37	64	62	3	7	1	28
tot: 101 pz		età d'esordio: (mediana) 6aa				

con uveite infiammatoria cronica prevede di: **a)** assicurare il pronto riconoscimento della patologia **b)** individuare l'eziologia **c)** ricercare patologie extra-oculari associate **d)** considerare le indicazioni per introdurre terapie immunomodulanti/immunosoppressive **e)** monitorare gli interventi terapeutici.

Quanto sopra esposto richiede una stretta e reciproca collaborazione fra oculista e reumatologo pediatrici. Per tale motivo, agli inizi del 2008, dopo un periodo di sperimentazione di circa 3 anni, abbiamo iniziato un progetto pilota per creare un **ambulatorio condiviso di reumatologia e oculistica pediatrica presso l'A.O.U Anna Meyer**. Dopo cinque anni di attività, il centro ha in carico 101 pazienti affetti da uveite infiammatoria cronica, le cui caratteristiche sono di seguito riportate nella Tabella 1, Figura 1.

44 pazienti sono in terapia con farmaco di fondo: 27 con metotrexate, 12 con adalimumab, 1 con infliximab, 1 con abatacept, 3 con Micofenolato Mofetil.

In occasione del primo incontro nel nostro ambulatorio condiviso il paziente riceve le seguenti prestazioni:

- raccolta mirata dei dati anamnestici, con particolare attenzione all'anamnesi familiare ed ai segni e/o sintomi per patologie autoimmuni (MICI, psoriasi, patologie reumatiche croniche, patologie oculari infiammatorie croniche, celiachia, patologie della tiroide);
- visita Pediatrica generale ed Esame Reumatologico (per evidenziare segni di artrite o manifestazioni sistemiche tipiche di altre malattie autoimmunitarie);
- esame oculistico completo, con valutazione del fondo e lampada a fessura, per documentare segni e caratteristiche dell'uveite in atto;

In funzione del coinvolgimento oculare viene organizzato Day Hospital (DH) diagnostico e terapeutico dedicato.

Durante il DH si eseguono:

- esami ematici: per una adeguata diagnostica differenziale richiediamo, oltre ad esami ematochimici routinari, un appropriato panel infettivologico ed auto-immunitario;
- in funzione dei dati ottenuti dalla visita generale, reumatologica ed oculistica nonché dai primi dati ematici emersi, dopo discussione collegiale fra oculista e reumatologo, in funzione dei diversi orientamenti diagnostici è possibile;
- espandere l'assetto immunitario con richiesta di profilo auto-anticorpale completo e tipizzazione HLA completa;
- programmare indagini strumentali, i.e. RM cranio-encefalo, eco-addome con valutazione dello spessore delle anse intestinali e tecnica power-doppler;
- richiedere esami oculistici di secondo livello: fluorangiografia ed Optical Coherent Tomography (OCT).

Esclusa un'eziologia infettiva ed in funzione di segni oculari gravi e/o a rischio di cecità imminente (edema maculare o estesa vasculite retinica), il primo approccio terapeutico sono i corticosteroidi per

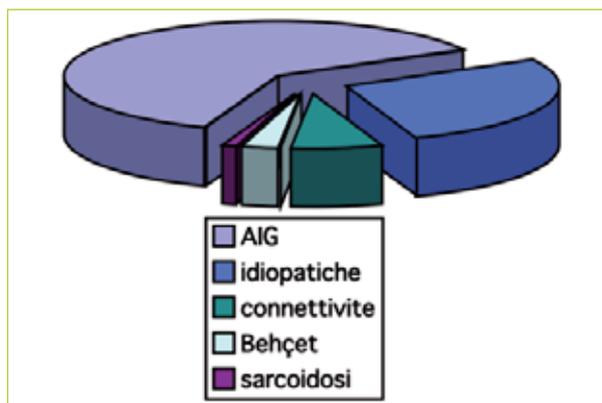


Figura 1

via orale o endovenosa in boli, in funzione della gravità, attività e/o persistenza di malattia.

Se questa terapia è utile nell'ottenere la remissione clinica si continuano i controlli, soprassedendo ad altre terapie; se invece si riscontra una persistenza (per oltre sei settimane) o un progressivo peggioramento dei segni oculari, lo "shock steroideo" viene considerato inefficace e si valuta l'inserimento di un farmaco di fondo.

In tal caso il farmaco di prima scelta ad oggi approvato è il Metotrexate; in caso di insuccesso anche di quest'ultimo ci si avvale della scelta di un farmaco modificatore dell'attività biologica del TNF-alfa: adalimumab o infliximab, ma non Enbrel.

Per casi particolarmente resistenti e/o intrattabili, in linea con le più aggiornate casistiche e segnalazioni mondiali, il nostro centro propone terapia immunosoppressiva con Micofenolato Mofetil o Abatacept che in Italia possono essere utilizzati solo in centri di riferimento accreditati e per "uso compassionevole" essendo sprovvisti di indicazioni AIFA.

Nel caso sia necessario ricorrere alla terapia infusiva, il nostro ambulatorio può avvalersi del regime di DH, assicurando la presenza costante di personale infermieristico e medico.

La frequenza dei controlli e delle varie prestazioni diagnostico-terapeutiche è in funzione della gravità/intensità della situazione oculare, della eventuale patologia sistemica associata e della terapia in atto.

Il nostro ambulatorio è regolarmente in funzione una volta alla settimana, durante la mattina, ma in caso di emergenza è possibile ricorrere agli ambulatori di reumatologia e/o oculistica.

Per appuntamenti di prime visite telefonare, dal lunedì al giovedì, allo 055 5662913, dalle 13.00 alle 14.00, con richiesta del curante, specificando che si tratta di sospetta infiammazione oculare; i soggetti già in carico all'ambulatorio condiviso, al termine di ogni appuntamento, ricevono direttamente la data del successivo controllo.

#### Bibliografia

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

TM

# Acidosi Lattica da Biguanidi, una complicanza da non sottovalutare

**L**e biguanidi sono ipoglicemizzanti orali usati nel trattamento del Diabete Mellito di tipo II. Metformina e fenformina sono state ampiamente utilizzate fin dalla loro introduzione sul mercato nel 1957. I risultati dell'UK Prospective Diabetes Study indicano che la metformina è associata con una riduzione della morbilità e mortalità, sia cardiovascolare che generale, a confronto della terapia con insulina, sulfoniluree o la sola terapia dietetica. La metformina ha effetti benefici anche sul metabolismo lipidico, interagisce con il sistema fibrinolitico e sull'aggregabilità delle piastrine, giocando un ruolo nella prevenzione di trombotosi coronarica, inoltre provoca una riduzione o comunque una stabilizzazione del peso corporeo.

Nell'ovaiolo policistico agisce sull'insulino-resistenza, ripristina i cicli ovulatori, facilita il concepimento e riduce l'indice di aborti spontanei nel primo trimestre di gravidanza. Nelle persone con ridotta tolleranza al glucosio rallenta l'evoluzione verso il diabete di tipo 2. È stata valutata anche la sua utilità nella terapia del diabete gestazionale e in pazienti selezionati con diabete di tipo 1.

La fenformina è stata ritirata in molti Paesi (non in Italia) durante gli anni Settanta proprio a causa della correlazione con l'acidosi lattica (40-64 casi per 100000 pazienti/anno) mentre la metformina ha tuttora un largo impiego clinico in tutto il mondo. Per quest'ultima l'incidenza stimata dell'acidosi lattica è di 6,3 casi per 100000 pazienti/anno. La mortalità è di circa il 50% dei casi.

Questa complicanza può verificarsi anche in assenza di fattori di rischio ma di regola l'evento è legato a insufficienza renale acuta o cronica che determina accumulo del farmaco. Sono riportati anche casi determinati dall'assunzione accidentale o volontaria di dosi elevate.

Altre volte la correlazione è con altre patologie (infezioni, infarto miocardico acuto, embolia polmonare, insufficienza cardiaca, insufficienza epatica cronica) che possono contribuire direttamente all'instaurarsi dell'acidosi lattica, ma anche ridurre l'escrezione del farmaco. Spesso è stata impli-

cata l'interazione con altri farmaci: ACE-inibitori, sartani, FANS o la somministrazione di mezzi di contrasto radiologici che in un contesto di disidratazione possono determinare l'accumulo della metformina.

I comuni sintomi gastro-intestinali (diarrea, nausea, vomito, dolore

addominale, anoressia) con disidratazione e oliguria spesso presenti all'esordio della sintomatologia possono essere l'espressione di una malattia intercorrente che scatena la tossicità oppure il primo segno della malattia.

Il quadro conclamato è dominato da: polipnea (tentativo di compenso respiratorio), disidratazione grave, turbe neurologiche (agitazione o sopore), insufficienza cardiocircolatoria; l'emogasanalisi documenta: acidosi, riduzione dei bicarbonati, ipocapnia, lattacidemia, eventuali disturbi elettrolitici associati.

La tempestività della terapia migliora significativamente la prognosi. Questa si fonda sul trattamento sostitutivo renale (che corregge l'equilibrio acido-base e rimuove il farmaco) associato alla terapia di supporto. La somministrazione per os di carbone attivo è raccomandato in caso di overdose. L'infusione di bicarbonato di sodio è controversa.

Nel corso di 13 mesi nel nostro ospedale abbiamo osservato cinque pazienti (4 in terapia con metformina ed 1 con fenformina) che hanno sviluppato un'acidosi lattica.

Di questi solo uno aveva una controindicazione formale (insufficienza renale cronica) ed aveva continuato ad utilizzarla nonostante gli fosse stato suggerito, durante un precedente ricovero, di passare all'insulina. Tre pazienti erano in terapia con sartani ed uno anche con ibuprofene. Il paziente che assumeva fenformina e due degli altri sono deceduti.

Nei nostri pazienti la comorbilità era importante e questo, come suggerisce la letteratura, ha un preciso significato nella fisiopatologia dell'evento ed ha influito pesantemente nel decorso. Come riportato in altre segnalazioni, nelle prime ore abbiamo assistito ad un grave deterioramento delle condizioni nonostante il trattamento (idratazione,

LAURA GIANNECCHINI, LUCA ARENA

UO Anestesia e Rianimazione Direttore Luca Rosso  
Ospedale S.S. Cosma e Damiano Pescia Az. USL 3 Pistoia

ossigenoterapia, dialisi o CVVHDF) con episodi, anche ripetuti, di arresto circolatorio associato a bradiaritmia.

La metformina è formalmente controindicata in molte condizioni croniche che possono aumentare il rischio di acidosi lattica. L'osservanza stretta di queste restrizioni determinerebbe però una riduzione dell'uso di un farmaco di provata efficacia proprio in quei pazienti che più possono beneficiare del trattamento. Nella pratica clinica la maggior parte dei pazienti in terapia con metformina presenta almeno una controindicazione formale (54-73%).

Probabilmente si può mantenere un ragionevole margine di sicurezza se il paziente è istruito

a sospenderne precocemente l'assunzione in caso di malattia intercorrente e comunque qualora sviluppi disturbi gastrointestinali.

L'uso di questo farmaco non è destinato a declinare nei prossimi anni è perciò necessario che i medici ed in particolare quelli dei Dipartimenti di Urgenza e delle Terapie Intensive abbiano ben presente questa complicanza gravata da una letalità così elevata.

Per questi pazienti, le possibilità di sopravvivenza sono legate alla tempestività della terapia sostitutiva renale e al monitoraggio adeguato in ambiente intensivo dove possa essere assicurato il pieno supporto delle funzioni vitali non appena necessario. **TM**

## Sanità nel mondo

Toscana Medica 1/10



# Le diseguaglianze razziali nel controllo dell'ipertensione

**R**iguardo al fenomeno "salute-migrazioni", negli ultimi tempi in Italia l'attenzione si è concentrata sulle questioni del diritto degli immigrati irregolari di poter accedere ai servizi sanitari (una questione che sembra evolvere – grazie al contributo determinante delle Regioni – verso una soluzione positiva). Minore attenzione viene invece generalmente dedicata ai problemi di salute delle minoranze etniche, la cui consistenza demografica è in continua crescita. Gli ultimi dati (2009) sull'immigrazione in Italia parlano di 4 milioni e 330 mila di immigrati regolari, pari al 7,2% della popolazione generale. Un fenomeno che tende a espandersi progressivamente nel tempo, alimentato anche dal contributo che viene dalle nuove nascite (i nuovi nati da entrambi i genitori stranieri – 72.472 – hanno inciso nel 2008 per il 12,6% sul totale delle nascite).

In altri paesi, come gli USA e il Regno Unito, dove la presenza delle minoranze etniche è storicamente strutturata e di gran lunga maggiore rispetto all'Italia, gli studi sulle diseguaglianze nella salute su base etnica sono numerosi e qualificati.

*Annals of Family Medicine*, la rivista

scientifici dei medici di famiglia americani, ha recentemente pubblicato tre *paper* sulle diseguaglianze razziali nel controllo dell'ipertensione. Uno studio "combinato" che prende in considerazione la situazione negli Stati Uniti – con particolare riferimento alle diseguaglianze nella salute tra bianchi e neri – e estende l'osservazione a quanto succede nel Regno Unito.

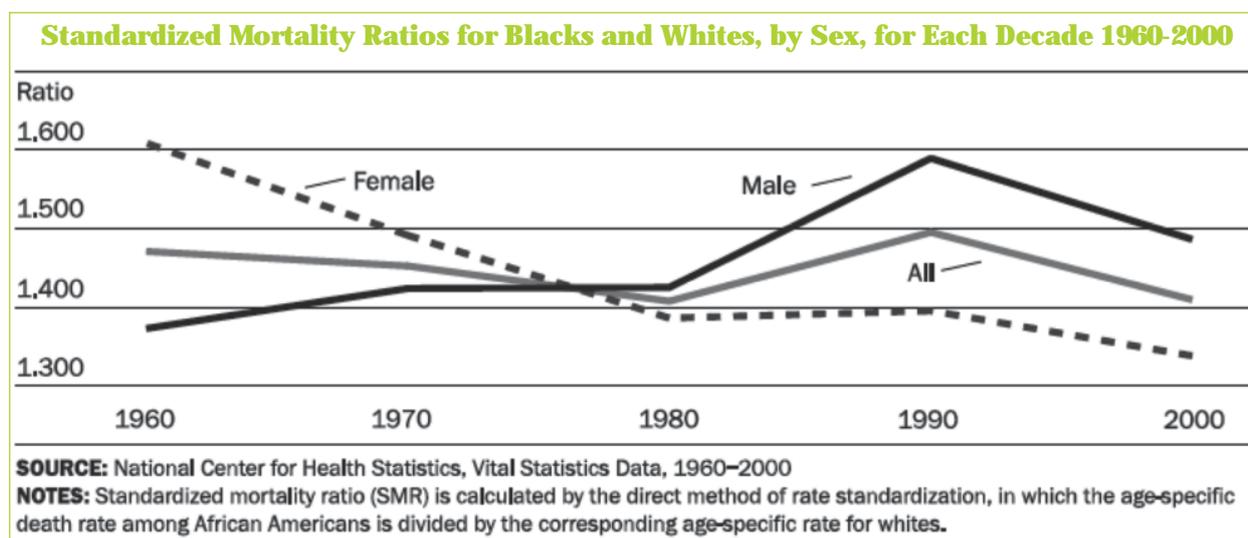
Le diseguaglianze tra bianchi e neri negli USA sono "storiche" e non mostrano segnali di significativa riduzione nel tempo. La **Figura 1** dimostra come dal 1960 al 2000 il tasso standardizzato di mortalità dei neri rispetto ai bianchi è rimasto

GAVINO MACIOCCO\*, SARA BARSANTI\*\*,  
LORENZO ROTI\*\*\*

\* Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Firenze

\*\* Scuola Superiore S. Anna, Pisa

\*\*\* Asl 4 di Prato



**Figura 1** - Tassi standardizzato di mortalità per Neri e Bianchi, per sesso e per ciascuna decade dal 1960 al 2000.

pressoché invariato (intorno a 1,400, ovvero i neri hanno una mortalità del 40% superiore ai bianchi), con differenti trend a seconda del genere: uomini (in crescita) e donne (in diminuzione).

L'eccesso di mortalità degli afroamericani è da attribuire a un più alto tasso di mortalità per malattie cardiovascolari (+35%) e per altre complicazioni del diabete (gli afroamericani hanno una prevalenza di diabete quasi doppia rispetto alla popolazione bianca).

Come precursori delle malattie cardiovascolari, l'ipertensione è uno dei più importanti fattori che contribuiscono alle disuguaglianze razziali nella salute negli USA. Infatti la prevalenza dell'ipertensione è significativamente più alta tra i neri (39%) che tra i bianchi (29%). Si stima che l'ipertensione sia responsabile di un quarto di tutte le morti tra i neri adulti, attraverso gli eventi cardiovascolari e cerebrovascolari.

Uno dei tre *paper* ha calcolato quante morti potrebbero essere risparmiate ogni anno in USA (8.000) se fossero eliminate le disuguaglianze nel controllo dell'ipertensione tra bianchi e neri.

Disuguaglianze prodotte da barriere economiche nell'accesso ai servizi sanitari, ma anche barriere culturali e sociali (vedi discriminazioni) che impediscono a determinati gruppi di popolazione l'effettiva fruizione di servizi di alta qualità. Disuguaglianze che possono essere ridotte o annullate, come dimostrano alcuni studi effettuati nell'ambito del servizio sanitario militare, quando vengono annullate le barriere economiche e culturali.

L'importanza dei fattori culturali e relazionali emerge nel *paper* svolto nel Regno Unito. Qui lo studio si è svolto nelle migliori condizioni possibili, ovvero in un contesto di cure primarie alla periferia di Londra, dove non esistono barriere economiche nell'accesso ai servizi; non solo, qui il sistema d'incentivazione dei professionisti, basato sul

*pay for performance* e sulla medicina d'iniziativa, punta a garantire a *tutti* i pazienti un adeguato controllo delle malattie croniche e a contrastare per questo le disuguaglianze nella salute.

Ebbene, in un tale contesto apparentemente molto favorevole, lo studio rivela che esistono disuguaglianze a sfavore dei pazienti neri nella prescrizione delle cure e nel controllo del livello pressorio; inoltre, la presenza di 2 o più co-morbidità era associata ad un significativo miglioramento dei livelli pressori soltanto nei pazienti bianchi, risultando quindi più penalizzati non soltanto pazienti i neri, ma tra questi proprio i pazienti più malati.

Quest'ultimo studio sollecita una profonda riflessione sulla qualità delle cure in una società multietnica e multiculturale. L'abolizione delle barriere economiche nell'accesso alle cure è una condizione necessaria, ma non sufficiente per contrastare le disuguaglianze nella salute.

Occorre porsi il problema di come le barriere culturali incidono nella relazione medico-paziente e quindi nella qualità delle cure (vedi supporto all'autocura e compliance alla terapia).

Se, come afferma anche la Commissione sui Determinanti Sociali dell'OMS, le cure primarie sono il *setting* più appropriato per l'integrazione dell'assistenza sanitaria con i determinati sociali di salute, allora, le cure primarie per prime, nella comunità e assieme agli amministratori pubblici, devono assumere la responsabilità di muoversi per il superamento delle barriere che potrebbero nascondersi nelle differenze culturali.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [lroti@usl4.toscana.it](mailto:lroti@usl4.toscana.it)

TM

Una scelta attuale per  
una terapia al passo con i tempi

**Pfizer**

*Gli originali*

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

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

Care 2003;2:30-2

## Gli originali **Pfizer**

### CARDIOVASCOLARE

**NORVASC**  
amlodipina besilato

**CARDURA**  
doxazosin

**Esapent**  
acetilcolina glicilpiridato

**Fragmin**  
dalteparina sodica

**IBUSTRIN**  
indobufene

**Accuprin**  
guafesin

**ACCURETIC**  
guafesin cloridrato/Clonidina

### SISTEMA NERVOSO CENTRALE

**Zoloft**  
sertralina

**Xanax**  
alprazolam

**Halcion**  
fluciclidio

**SERMION**  
nicergolina

**EDRONAX**  
reboxetina

### ANTIBATTERICI

**ZITROMA**  
Aзитromicina

**DIFLUCAN**  
fluconazolo

**Zimox**  
amoxicillina triidrato

**LINCOCIN**

**AMPLITAL**

**CLEOCIN**  
clindamicina fosfato

**DALACIN**  
clindamicina

**DALACIN-T**  
clindamicina

### FANS

**FELDENE** Family  
piroxicam

### CORTICOSTEROIDEI

**Medrol** Family  
metilprednisolone

### INTEGRATORI

**Neovis**  
flu

**Neovis**  
PLUS

**Pfizer**



## Riflessioni su un vecchio film

# Il medico e lo stregone (1957)

**C**on la proiezione del film *Il medico e lo stregone* si è avviato presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze, un progetto di formazione, attraverso il cinema, dei futuri medici. Il film è del 1957 e si colloca, dunque, nel momento del passaggio, per il cinema italiano, dalla fase del "neorealismo rosa" (un'evoluzione, ma secondo alcuni un imbastardimento, dal neorealismo tragico verso un populismo capace di mescolare patetismo e umorismo) alla nascita della "commedia all'italiana". Non a caso il regista, Mario Monicelli, l'anno successivo girerà "I soliti ignoti", capostipite di tale genere. Egli, in precedenza, aveva già realizzato cinque o sei film, quasi tutti aventi quale attore principale Totò, compreso il celebre *Guardie e ladri*. Con *Il medico e lo stregone*, il suo cinema compie un salto di qualità: la vicenda è più complessa, la direzione degli attori più esperta (il confronto d'arte terapeutica tra il giovane dottor Francesco Marchetti e l'anziano guaritore don Antonio Locorotolo è anche un confronto, appassionante, tra Marcello Mastroianni e Vittorio De Sica, due grandi attori di diversa età e scuola), la capacità di Monicelli di amalgamare temi seri (per esempio, quello del rapporto tra medicina e ciarlataneria) con temi allegri (i tanti spunti comici del film) e con temi più patetici (come quello del dramma della sorella del sindaco, una brava Marisa Merlini, nello scoprire che il suo fidanzato, Alberto Sordi, non è affatto disperso in Russia ma è soltanto un povero imbroglione o come quello, sul quale il film degnamente finisce, tutto sommato riscattando – molto poco Don Antonio, della ragazza madre, che ha tenuto il figlio grazie ai suoi consigli, che lo va a salutare alla stazione).

Certamente, il film presenta un mondo - quello dei rustici borghi dell'Italia contadina, delle povere condotte mediche, dell'atavica paura verso le vaccinazioni e la scienza in genere – molto diverso da quello attuale, caratterizzato da un'Italia quale grande seppur ferocemente declinante Paese industriale, dai medici ipertecnologici, dalla paura popolare per le vaccinazioni che sta tornando ma non come fenomeno d'ignoranza bensì di cultura alternativa. Però, esso presenta tuttora spunti di non disprezzabile interesse. Anche se il titolo

è *Il medico e lo stregone*, più che a un vero e proprio stregone, a un vero e proprio sciamano (figura di guaritore ben presente in società diverse dalla nostra e giustamente studiate dall'antropologia culturale e anche dall'antropologia medica) il Don Antonio

STEFANO BECCASTRINI

Medico Chirurgo, Arezzo - Esperto di cinema

Locorotolo dal film portato sullo schermo sarebbe meglio definibile un ciarlatano, figura invece ben nota, da secoli, nella cultura medica occidentale. Giorgio Cosmacini, il nostro più sapiente storico della medicina, nel suo libro *Ciarlataneria e medicina* ne ha tracciato la storia. La ciarlataneria, egli dice, pone domande inquietanti alla stessa medicina, che con la ciarlataneria ha sempre avuto a che fare, si è sempre confrontata, talora ha persino dialogato e dalla quale, come mostra questo film, ha persino imparato qualcosa. Scrive Cosmacini: "Nella storia della medicina, l'argomento della ciarlataneria rappresenta uno degli aspetti più eclatanti e nello stesso tempo inquietanti. È il risvolto eretico di un'arte antichissima. Ciarlataneria e medicina sono come territori contigui: il confine che le divide può essere netto o sfumato, stabile o labile. Una, talora, travalica il limite e invade il campo dell'altra. La ciarlataneria, in medicina, diventa allora un entroterra di ambiguità, di tentazioni, di disvalori, talvolta bene identificabili, tal'altra male riconoscibili e spesso non riconosciuti. Essa si presenta come una terra emersa e sommersa insieme, con un suo retroterra passato e una realtà presente. Mutevole nel tempo, è una variabile suscettibile di storia; ma in quanto categoria d'ogni tempo, è una costante metastorica suscettibile di analisi tipologica. Essa è oggi un nocciolo duro, al centro della questione della qualità delle cure".

Il ciarlatano dispensatore di panacee, guaritore d'ogni male anche se dichiarato dalla medicina inguaribile, ha il suo campo d'azione nella soggettività del paziente o, più in generale, nell'angoscia esistenziale e nella sofferenza psichica e somatica dell'uomo. Gli uomini, fin dall'infanzia, hanno modo di constatare che i loro simili soffrono, sono diminuiti nelle capacità vitali, muoiono. Sanno che tale destino toccherà, prima o poi, anche a loro. Che cosa può sopire la loro paura e dare ali alla loro speranza? Forse la fede in un dio buono, forse la fiducia nella buona scienza, in particolare nella

scienza medica, quando è “buona scienza” e non malasanità. Ma la fede e la medicina talora non bastano. Talvolta non siamo sicuri che il buon Dio ci ascolti; talaltra la medicina rivela i suoi limiti, non riuscendo a guarire il male e riconoscendo che il male è più forte di lei oppure, peggio ancora, lasciando a desiderare sul piano della relazione interpersonale, del rapporto umano tra medico e paziente. Lo sviluppo della ciarlataneria trova un fertile terreno di coltura anche nel diffondersi di una scienza coltivata per se stessa e non per l'uomo, di una medicina iper-tecnologica che spesso, nella ricerca della terapia della malattia, trascura il buon rapporto con il malato, e rimuove la cura ossia il prendersi cura di lui. Come ormai sappiamo, tuttavia, terapia e cura non sono del tutto sinonimi. Prendersi cura è altra cosa, più complessa, rispetto alla somministrazione ragionata dei farmaci e alla riparazione chirurgica degli organi guasti. La terapia ha per oggetto la malattia; la cura ha per oggetto anzi per soggetto il malato, la persona, l'essere umano. Come dice ancora Giorgio Cosmacini: “Il medico, dal contatto diretto col malato e col suo ambiente, è passato per gradi a un rapporto sempre più mediato: una mediazione tecnologica spesso esasperata ed esautorante, che tende a chiudere gli spazi che spettano alla persona... Due anime, tecnologica e antropologica, la percorrono. Esse ispirano due diverse ideologie, originariamente armonizzate nell'ampio paradigma ippocratico ma poi sempre più storicamente contrapposte e tra loro competitive”.

L'approfondimento dello sguardo diagnostico e il potenziamento dei mezzi terapeutici hanno modificato, ma non fatalmente in meglio, lo sfondo culturale sul quale si disegnano concetti, valori e simboli della salute umana e dei suoi contrari: malattia, invecchiamento precario, morte prematura. In tal senso, i guaritori/ciarlatani come Don Antonio debbono certamente essere combattuti, come giustamente fa il dottor Marchetti, ma imparando da loro la loro capacità di empatia col prossimo. Quando Don Antonio dice al dottor Marchetti: “Voi medici siete dei materialisti, che danno terapie ai corpi ma non curano i cuori” in fondo dice una spiacevole ma sempre più reale verità. In tal senso, il giovane dottore commette fin dall'inizio del film, e del suo sopraggiungere nel paesino dell'Irpinia in cui è situata la sua condotta, sbagli clamorosi. Vi giunge senza saperne nulla, né del

paese né dei suoi abitanti (quasi ritenendo che la medicina sia ugualmente applicabile dappertutto), commette una gaffe dopo l'altra (per esempio, subito offendendo la sorella del sindaco); pretende di vaccinare tutta la popolazione ma, con la tipica presunzione scientifica che molti di noi hanno tuttora, non si preoccupa se i suoi pazienti sappiano che cosa sia la vaccinazione, a cosa serve e così via. Alla fine, il giovane medico vince la contesa con Don Antonio ma è indubbio che la vince anche perché ha imparato, dallo stesso Don Antonio, a rapportarsi con le persone non dall'alto del proprio camice bianco bensì comprendendole, parlando con loro, aiutandole non soltanto tecnicamente ma anche umanamente. Insomma, avendo un approccio più umanistico, più sistemico, al proprio lavoro e al rapporto con gli altri. Alla fine, giustamente, Don Antonio è sconfitto e persino umiliato. Però, come già ho ricordato, riceve un omaggio finale, alla stazione, dalla ragazza che egli ha convinto a diventare madre. Giusto omaggio all'aspetto per così dire buono della sua strana e redditizia professione di ciarlatano.

La scelta di tale film, divertente ma tutt'altro che banale, era orientata a dare allegro ma profondo inizio a un progetto biennale di formazione degli studenti di medicina e di Scienze infermieristiche il cui scopo fosse quello di utilizzare il cinema per promuovere, in loro, una attiva e critica riflessione, di natura – e senza farci spaventare dal termine – filosofica, sulla medicina medesima. I risultati di questo primo tentativo sono stati eccellenti sul piano della qualità dell'attenzione e della riflessione dei partecipanti, più modesti sul piano della loro numerosità. Il fatto è che portare sulla strada della medicina umanistica gli attuali studenti di medicina, figli di una società assieme ipertecnologica ed egoistica, di grande rimescolamento delle culture e delle discipline ma anche di grande resistenza dei medici a parteciparvi, di sempre maggior ruolo della medicina nello star dentro il dibattito filosofico del nostro tempo ma anche di crescente difficoltà dei medici (almeno di quelli italiani) a esserne interessati e competenti protagonisti, è tutt'altro che facile. Ciò nonostante, il progetto è partito e avrà un futuro: un futuro nel quale faccia parte della formazione professionale del medico non soltanto la capacità tecnica ma anche la competenza epistemologica ed etica della medicina. **TM**



BANCA  
CR FIRENZE





# Gli effetti 'negazionistici' del pregiudizio ideologico nel trattamento dei pazienti con gravi disturbi psichici

**A**bbiamo letto la lettera del Dottor Ugo Catola sull'Ospedale Psichiatrico Giudiziario [OPG] e sul trattamento dei pazienti con gravi disturbi psichici. Un collega esperto come Ugo Catola, che lavora da tanti anni in OPG, effettua talune puntuali constatazioni ma ne trae conclusioni poco pertinenti. Vediamone in breve le 'constatazioni':

- vi è una obiettiva difficoltà di taluni servizi psichiatrici territoriali nel trattare le patologie psichiche gravi. Recentemente il Commissario Europeo per la Salute ha chiesto alla Conferenza Europea dell'OMS di fare della "Salute Mentale una priorità politica dell'Europa". I disturbi psichici gravi sono in costante aumento ed interessano almeno il 14% della popolazione, si arriva addirittura al 24% considerando anche quelli di minor gravità;
- le carceri italiane (in misura analoga a quelle degli altri Paesi del mondo occidentale) si confrontano oggi con la presenza dilagante di patologie psichiche gravi; è nel carcere ordinario che questa presenza è in aumento, non in OPG come afferma il Dottor Catola;
- vi è uno "scadimento del livello assistenziale" dei sei OPG italiani, nei quali i pazienti sono "costretti a vivere in un vergognoso degrado";
- i servizi psichiatrici territoriali manifestano resistenze nel riaccogliere i pazienti dimessi dall'OPG.

Di queste condivisibili constatazioni, il Dottor Catola dà una spiegazione "ideologica": si tratterebbe, secondo lui, degli "effetti nefasti della Legge 180 [del 1978], nota come legge Basaglia, alla cui base vi è la *negazione della malattia mentale*". Occorre allora precisare, che persino l'assistenza attualmente fornita negli O.P. **giudiziari**, almeno quelli che conosciamo, è superiore a quella che veniva fornita negli O.P. **civili**. La vera rivoluzione basagliana (ma chi l'ha detto che Basaglia "negava la malattia mentale"?) è consistita nell'affermare con forza che, a un problema complesso come quello della malattia mentale grave, non poteva essere data una risposta semplice e meramente contenitiva. L'organizzazione dei Servizi di Salute Mentale nata dalla riforma del 1978, pur modificandosi, si è strutturata in Toscana a partire da alcuni fondamentali principi:

- il superamento dei manicomi, riconosciuti come fattore di violenza istituzionale, isolamento affettivo

e sociale e causa di cronicità;

- l'integrazione tra assistenza psichiatrica e medicina, con miglioramento della qualità dell'intervento e definizione della sofferenza mentale come una malattia all'interno di un percorso di vita ordinario;

- l'assistenza psichiatrica collocata nella comunità e non in luoghi isolati, con la costruzione di servizi per la salute mentale di comunità;

- la missione dei servizi psichiatrici pubblici consistente nel "prendere in carico" il malato e nella necessità di sostenere la famiglia;

- lo sviluppo della ricerca neuroscientifica e delle scienze umane per reperire sistemi di cura più efficaci che combattano altresì l'isolamento e lo stigma.

Poiché Ugo Catola lavora in un OPG, non gli sarà difficile ravvisarvi ampie similitudini con il vecchio 'Manicomio Civile'. La risposta manicomiale non è più ipotizzabile per affrontare le gravi patologie psichiatriche, anche quelle con implicazioni giudiziarie. Occorre estendere l'area delle integrazioni: fra i servizi che si occupano di un disagio psichico che diventa sempre più complesso e polimorfo, fra le diverse professionalità all'interno dei servizi, fra le diverse istituzioni coinvolte nel trattamento dei gravi disturbi mentali. Per l'OPG, ad esempio, il recente (dell'aprile 2008) passaggio dell'assistenza sanitaria penitenziaria dal Ministero della Giustizia a quello del Welfare (Salute), ha comportato una separazione pericolosa di competenze. Mentre prima, infatti, la Direzione dell'OPG era unitaria e medica, ora invece c'è un Direttore Amministrativo cui fanno capo l'area della sicurezza e quella del 'trattamento', mentre alla direzione medica fa capo soltanto l'area sanitaria! Il fatto è che nel nostro Paese le competenze vengono costantemente mortificate e gli aspetti organizzativi (talora anche quelli legislativi) sono dominate dal pregiudizio ideologico. Le proposte che scaturiscono da esperienze efficaci sono spesso ignorate. Non si guarda a quello che funziona, ma a quello che serve ad avallare la tesi ideologica pregiudiziale. Per esempio, a Firenze, non lontano dal carcere cittadino, è attiva da anni (sempre in via sperimentale!) la Struttura Residenziale Psichiatrica "Le Querce", che ha consentito di portare da sedici a cinque, in otto anni, il numero di internati/e della Azienda Sanitaria di Firenze, ospitando peraltro detenuti malati di

MARIO IANNUCCI\*, SANDRO DOMENICHETTI\*\*

\* *Psichiatra, Responsabile SRP "Le Querce"*

\*\* *Psichiatra, Responsabile Salute Mentale Firenze*

mente e aprendosi negli ultimi tre anni all'Area Vasta Centro, con la Azienda Sanitaria di Prato che è passata da nove a quattro internati grazie al ricorso a tale presidio.

Nel 1998 il New York Times dedicava un approfondimento alla diffusione dei gravi disturbi psichici nelle carceri degli USA. Il titolo era "Il carcere prende il posto del manicomio per i malati di mente della nazione". Con qualche anno di ritardo la stessa cosa accade da noi. Il problema va affrontato, ma non si risolverà attraverso una diffusione di "manicomi dissimulati", luoghi di ricovero cronico e di separazione e segregazione, senza alcuna possibilità terapeutica. Occorre riempire i presidi territoriali di adeguati contenuti terapeutici. Occorre prevedere i frequen-

ti mutamenti delle forme cliniche, specie di quelle 'trasgressive' e autopunitive, per mettere a punto strategie efficaci di contenimento e di cura. Occorre preparare i nuovi terapeuti con quell'entusiasmo che nasce dal vedere riconosciuta la propria competenza dal punto di vista del prestigio sociale, culturale e da quello del ruolo organizzativo. Occorre una vera rivoluzione, non solo della 'health policy' del settore, ma della politica nel suo complesso. Per ora di fronte al rischio che venga riproposta la nostra missione di cariatidi di un certo "ordine sociale", non resta che dichiarare ciò che ispira la pratica e la teoria di noi psichiatri del terzo millennio in Italia, non meno di quanto ispirò Franco Basaglia: libertà, dignità, civiltà, cultura, cura, formazione. **TM**

# L'importanza di estendere lo screening del tumore del colon-retto fino a 85 anni

Integrazione e commento all'articolo di E. Crocetti/G. Manneschi "I tumori nei grandi anziani in Toscana", pubblicato su Toscana Medica n.9/09, pag. 22.

**N**ell'articolo di E. Crocetti si evidenzia come il tumore del colon-retto sia ben rappresentato nei grandi anziani in Toscana, "tumori del colon retto uomini 17.4% e donne 19.2%".

Crocetti scrive: "Una donna a 80 anni ha ancora, in media, un'aspettativa di vita di circa 10 anni e un uomo di 8 anni. Quindi una diagnosi tumorale in età anziana dovrebbe essere seguita da un trattamento con obiettivo curativo. Questo naturalmente tenendo conto della presenza di comorbidità - che sono crescenti all'aumentare dell'età - e che possono controindicare i consueti protocolli chirurgici e adiuvanti".

"Un approccio terapeutico sempre meno condizionato dall'età anagrafica è presumibile abbia contribuito al miglioramento della sopravvivenza a 5 anni anche dei pazienti ultra 80enni".

Una riflessione sulla casistica di un reparto di chirurgia generale evidenzia che: sono stati operati 15 pazienti di età tra 80 e 89 anni (11 uomini e 4 donne).

Pazienti operati in elezione (chirurgia programmata) e quindi senza derivazione intestinale (senza

colostomia) tranne che in caso di necessità.

Nello stesso anno sono stati operati in urgenza: 11 pazienti di età tra 80 e 95 anni (4 uomini e 7 donne), operati in urgenza per complicazioni della neoplasia del colon-retto (occlusione intestinale, perforazione intestinale o emorragia).

Negli interventi chirurgici di urgenza per complicazioni del tumore del colon-retto è necessario fare una colostomia temporanea o definitiva.

Tra i pazienti con colostomie temporanee (negli interventi secondo Hartmann) spesso qualcuno rinuncia all'intervento di ricanalizzazione intestinale.

La realtà attuale è che molti pazienti operati in urgenza per tumore del colon-retto vivono con una colostomia, con qualità di vita penalizzata ad una età che è caratterizzata da comorbidità.

È possibile evitare questo?

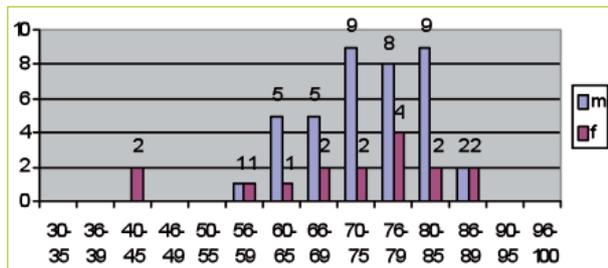
Ricordando che lo *screening* (diagnosi precoce) del tumore del colon-retto si ferma a 70 anni, si evince che è necessario estendere lo screening del colon-retto fino ad 85 anni.

Se lo *screening* del colon-retto fosse esteso fino ad 85 anni ci sarebbero meno interventi chirurgici d'urgenza per complicazioni del tumore del colon-retto,

FELICE APICELLA

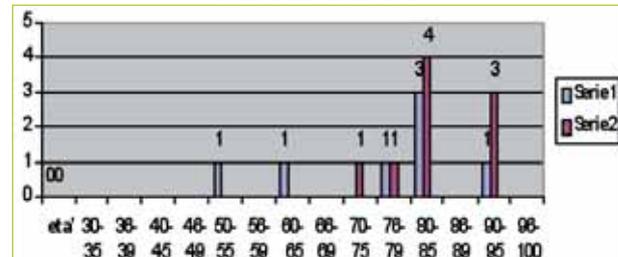
Chirurgo generale e toracico, Dirigente medico chirurgo,  
SC Chirurgia Generale,  
Ospedale San Giovanni di Dio, Asl 10, Firenze

Colon-retto chirurgia elezione 2007



Colon-retto chirurgia urgenza 2007

Serie 1-m Serie 2=f



meno colostomie, migliore qualità di vita per i grandi anziani.

L'impegno economico per estendere lo screening del tumore del colon-retto sarebbe compensato da un risparmio della spesa sociale per l'assistenza dei pazienti con colostomia ma, soprattutto, da un miglioramento della qualità di vita dei grandi anziani (in questi casi vita residua, immaginate lo stato d'animo a 85 anni con una colostomia).

Il Crocetti conclude: "Il problema della cura dei

grandi anziani sarà ancora maggiore in futuro, considerato che le previsioni dell'Istat indicano il loro peso percentuale nella popolazione residente in Toscana in crescita all'8.5% nel 2020 e al 9.7% nel 2030".

#### Bibliografia

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

TM

## Ancora sull'artrite reumatoide

Spett. Redazione, in relazione all'articolo pubblicato su Toscana Medica "Artrite Reumatoide. Una patologia da riconsiderare" (Toscana Medica 9/2009), tengo a precisare quanto segue:

1) Nella spesa di 5.000.000 di euro della ASL 10 per i farmaci biologici probabilmente sono da decurtare i costi per la psoriasi e altre patologie.

2) dati epidemiologici di Salaffi MAPPING Study (prevalenza 0,46%) dimostrano che in Toscana dovrebbero esserci 16.736 pazienti con artrite reumatoide di cui 836 in trattamento con farmaci biologici 5% secondo i dati di vendita 2007.

3) I costi per paziente vanno dai 7.000 alle 14.000 euro anno a secondo del biologico utilizzato.

4) gestendo ormai da otto anni un ambulatorio per farmaci biologici della ASL 10 Firenze, mai ho eseguito trattamenti ai pazienti in regime di Day Hospital in quanto già il Progetto ANTARES prevedeva l'istituzione di un Ambulatorio Terapeutico per

la gestione di tali terapie che hanno costi ben superiori a una giornata di Day Hospital.

5) I costi globali potrebbero essere individuati se tutte le ASL della Toscana e non solo la ASL 10 inserissero in un software dedicato (Dot-NET) le visite e la dispensazione

del farmaco.

6) La presenza di un sistema che adotti la clinimetria per la valutazione del paziente eligibile ad un farmaco biologico è auspicabile per porre dei paletti di prescrizione.

7) Il prezzo che questi farmaci hanno, va valutato non soltanto osservando il prezzo di fustella, ma valutando una analisi farmaco economica cost-effectiveness che prenda in considerazione i guadagni in termini di costi indiretti come le giornate lavorative guadagnate, ricoveri ospedalieri evitati come viene fatto da opportuni registri dei Sistemi Sanitari Europei (Svezia, Gran Bretagna, Spagna e Svizzera).

MAURIZIO BENUCCI

UOS Reumatologia  
Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio, Firenze

## Libri ricevuti

Toscana Medica 1/10



## Sordità ed apprendimento della lingua

GIUSEPPE GITTI  
FrancoAngeli Editore

Si legge nella conclusione del libro "...paradossalmente la sordità è meno disabilitante della sua conseguenza, cioè dell'assenza della lingua". Si racchiude in questa frase il senso del lavoro di Gitti, logopedista esperto ed attento che in tanti anni di lavoro appassionato ha costruito una competenza difficil-

mente eguagliabile sul mondo dei sordi, le loro problematiche, la loro lotta per una vita il più possibile normale. Tutto per non fare credere che il sordo sia "solo" un orecchio che non sente ed una bocca che non parla.

Simone Pancani

## Medica Rara Volumina

AUTORI VARI  
Edizioni ETS

Mondino de Liuzzi, Berengario da Carpi, Aulo Celso, Albucasis, Gerolamo Cardano, Thomas Bartolin, Andrea Vesalio, Paracelso, questi solo alcuni dei grandi nomi della Medicina che con le loro opere presto saranno protagonisti di una preziosa collana di ristampe anastatiche a cura delle Edizioni ETS di Pisa. La prestigiosa iniziativa culturale, coordi-

nata dallo storico della Medicina Prof. Alberto Zampieri, si propone di offrire a tutti i cultori della materia una serie di accuratissimi reprints di grandi testi della Medicina del passato, vere e proprie pietre miliari nell'evoluzione del pensiero medico attraverso i secoli. "Medica Rara Volumina" il titolo della collana.

Simone Pancani





## Orientarsi in medicina

### Manuale di sopravvivenza per il medico di famiglia

di **F. Benincasa, A. Garrone, A. Pizzini, G. Spatola**

*Giovanni Fioriti Editore*

**U**na ventina di anni fa trovai in un mercatino un libretto dal titolo "Psichiatria minima", di un autore tedesco di cui non ricordo il nome. Mi parve allora un tesoro, una fonte preziosa, per quanto minimale, per ampliare le mie limitate conoscenze psichiatriche.

Al tempo s'insegnava la psichiatria insieme alla neurologia, ma la prima era poco più di un'ancella della seconda, e anche il "Gozzanino", il libro di testo, era molto elementare e offriva uno scarso ausilio alla pratica professionale di un medico di famiglia.

Avevo, infatti, la netta "impressione" che tra i miei assistiti non fossero pochi a presentare disturbi psichici, e di non riuscire né a inquadrarli né a gestirli.

Le letture delle varie edizioni dei DSM, dei classici trattati di psichiatria, come l'Arieti ad esempio, e di altre più recenti pubblicazioni sulle neuroscienze se, negli anni, hanno arricchito le mie conoscenze sulla psiche, non avevano però migliorato le mie competenze specifiche.

Infatti, gli approcci organicistici, darwiniani, psicodinamici, fenomenologici o basagliani alla psichiatria dei vari autori prestigiosi, se erano affascinanti sul piano culturale, non mi offrivano una chiave interpretativa soddisfacente per risolvere i "problemi" dei miei pazienti.

In questi anni, sempre più frequentemente, sono stati istituiti in Italia, con successo, corsi di formazione psichiatrica in medicina generale e credo che a Bologna

il compianto amico Leggeri abbia promosso, il primo di questi corsi, in collaborazione con la Scuola di psichiatria, diretta dal professor Ferrari successore di Carlo Gentili, un amico scomparso, purtroppo, troppo presto.

Con queste premesse di storia personale non posso che complimentarmi, e insieme esprimere gratitudine, ai quattro medici generali (F. Benincasa, A. Garrone, A. Pizzini, G. Spatola) per avere regalato alla medicina generale un libro utile, e bellissimo, dal titolo "Orientarsi in psichiatria", e con un sottotitolo ammiccante "Manuale di sopravvivenza per il medico di famiglia" (Giovanni Fioriti Editore).

Il volume riflette interamente i titoli, le conoscenze, le competenze specialistiche e le esperienze pratiche e didattiche possedute dagli AA, e conduce per mano il lettore nella interpretazione diagnostica e nella terapia dei disturbi psichiatrici associando premesse dottrinarie, desunte dalla psichiatria e dalle ricerche di neuroscienze più recenti, a casi clinici e a consigli di comportamento pratico diagnostico e terapeutico.

I pregi di questo libro, rigorosamente scientifico, sono tantissimi ma il primo, essenziale, mi pare sia stato quello di essere sfuggiti al rischio di fare del medico di famiglia uno "specialistoide" psichiatra, per metterlo in condizione di porre una diagnosi e una terapia corrette nei sempre più numerosi pazienti che presentano disturbi psichiatrici franchi, o sotto-soglia, e di capire quando è il caso di affidare il paziente agli psichiatri.

*Aldo Pagni*

## Medicina psicosomatica e psicologia clinica

**Piero Porcelli**

*Raffaele Cortina Editore*

**P**iero Porcelli pubblica per l'editore Raffaele Cortina questo trattato che affronta le moderne problematiche della medicina psicosomatica a partire dal basilare concetto che ogni patologia di cui soffre uno specifico soggetto deve essere valutata a partire dalla considerazione che i differenti fattori che si intrecciano – genetici, fenotipici, ambientali, contestuali,

psicologici – hanno diverso peso nelle stesse patologie, teorizzando l'antica intuizione per la quale è la persona malata e non la malattia l'oggetto della cura del medico. Un testo molto vasto e documentato, di interesse non soltanto specialistico.

*Bruno Rimoldi*

## In scienza e coscienza

**Patrizia Guarnieri**

*Edizioni Carocci*

**S**otto questo titolo (edizioni Carocci) è raccolta una serie di saggi a cura di Patrizia Guarnieri, scritti da alcuni esperti, sul tema della maternità, della nascita e della abortività, dal punto di vista demografico, sociologico e bioetico. Un panorama complesso e completo in cui il vissuto femminile ha il dovuto risalto anche nell'affrontare temi di particolare difficoltà morale quale l'infanticidio. Il testo, estremamente scorrevole pur nella gravosità

dei temi trattati, consente al lettore un'informazione accurata e una valutazione delle cause della difficoltà per le donne di affrontare la maternità nell'attuale stato dei servizi e nel contesto delle problematiche sociali, psicologiche e etiche dell'epoca in cui viviamo. Un libro di politica sanitaria che, di fatto, affronta temi di politica generale.

*Bruno Rimoldi*

## Nuova influenza

**Autori vari**

*Terre di mezzo editore*

**U**n gruppo di giornalisti e un collega dell'ISDE ha scritto a più mani e pubblicato per la "Terre di mezzo editore" questo testo agile e informatissimo che ha due sottotitoli, "come difendersi" dall'avanzante pandemia e "quello che non ci dicono" sempre sullo stesso argomento. Due preposizioni difficili a realizzarsi, almeno a leggere la stampa sull'argomento. Gli autori invece ci riescono benissimo con questa raccolta di brevi saggi ben documentati e assai piacevolmente leggibili. Anzi aggiungono un capitolo finale nel quale

mostrano, con abbondanza di citazioni, come l'informazione su questo argomento così rilevante per la tutela della salute di tutti sia stata data con molta approssimazione anche da parte della più accreditata stampa nazionale. Il libro fa parte di un "progetto watchdog" perché gli autori si prefiggono di seguire la pandemia sia sul piano della risposta assistenziale che dei rapporti con le aziende produttrici di vaccino. Un testo molto informato la cui lettura si consiglia a tutti

*Antonio Panti*

## Ambiente e salute

Toscana Medica 1/10

a cura di Roberto Romizi



# IV giornate italiane mediche dell'ambiente

**S**ono i bambini a subire maggiormente gli effetti dell'inquinamento ambientale (OMS, 2008). A Salsomaggiore, alle IV Giornate Italiane Mediche dell'Ambiente, promosse dall'ISDE (International Society of Doctors for the Environment) - Italia insieme alla Società Italiana di Pediatria, vengono diffusi i dati sul preoccupante aumento dei tumori dell'infanzia in Europa, imputabile in gran parte all'ambiente.

L'aumento percentuale annuale medio è dell'1,2% fra 0 e 14 anni e dell'1,4% tra i 14-19 anni. L'aumento in particolare riguarda il sarcoma dei tessuti molli, i tumori del cervello, del sistema nervoso simpatico, delle cellule germinali, i linfomi, le leucemie ed i tumori renali. Nessuna variazione viene invece registrata per il tumore osseo, i tumori epatici ed il neuroblastoma.

La prognosi dei bambini affetti da tumore maligno diagnosticato nei primi 15 anni di vita è migliorata in tutti i paesi a standard di vita occidentale nel corso degli ultimi 3-4 decenni, anche se va ricordato che in queste popolazioni i tumori maligni rappre-

sentano ancora la seconda causa di morte dopo gli incidenti nella classe di età tra 1 e 14 anni, e che i dati sulla sopravvivenza non sono gli stessi per tutti i tipi di tumore.

Quanto alle cause, pare che esposizioni ambientali (sostanze chimiche, radiazioni ionizzanti e non-ionizzanti,

esposizioni occupazionali dei genitori, fumo passivo ecc.), oltre che esposizioni a farmaci e/o trattamenti diagnostici e terapeutici od agenti infettivi, possono aumentare il rischio di contrarre tali patologie. Come dato moderno, emerge l'associazione tra uso dei pesticidi (sia per motivi professionali che domestici), uso prolungato e abituale di telefoni mobili (cellulari e cordless), presenza nell'ambiente di molte sostanze chimiche e l'eccesso di tumori nei bambini (anche durante la vita intrauterina!).

Nei prossimi anni tutti dovranno impegnarsi (anche in ambito governativo) per garantire ai bambini il diritto ad un ambiente non inquinato. A ciò possono concorrere anche informazione ed educazione nelle scuole, coinvolgendo autorità, docenti, allievi e genitori.

**TM**

MARIA GRAZIA PETRONIO  
*Vice Presidente ISDE Italia*



# L'incidenza del tumore del polmone è in diminuzione fra gli uomini, ma non nella fascia di età più avanzata

**I**n Toscana, come nelle altre regioni italiane e in generale nei paesi di tipo occidentale, l'epidemiologia del tumore del polmone presenta negli ultimi anni importanti modificazioni caratterizzate da una diminuzione dell'incidenza nel sesso maschile a fronte di un aumento nel sesso femminile.

I dati del Registro Tumori della Regione Toscana (RTRT) relativi ai tumori del polmone incidenti nel periodo 1985-2005, analizzati per fasce di età al momento della diagnosi, mostrano un aumento statisticamente significativo dei tassi standardizzati di incidenza del tumore polmonare diagnosticato fra le donne sia nella fascia di età 30-49 anni (cambiamento annuale del tasso di incidenza standardizzato APC: +3.1) che in quelle più avanzate (50-74 anni APC: +2.3; ≥75 anni APC: +1.7). Negli uomini il trend risulta in diminuzione statisticamente significativa sia fra i più giovani (30-

49 anni APC: -4.4) che nei 50-74enni (APC: -1.9), mentre nei più anziani l'incidenza appare ancora in aumento, seppur in modo non statisticamente

significativo, probabilmente per l'effetto di una lunga storia di esposizione al tabacco, in persone che general-

mente hanno iniziato precocemente a fumare, e forse per una maggiore difficoltà rispetto ai più giovani ad interrompere una protratta e consolidata abitudine.

È comunque ampiamente documentato in letteratura come la cessazione dall'abitudine al fumo, a qualunque età avvenga, riduca il rischio di sviluppare un tumore del polmone.

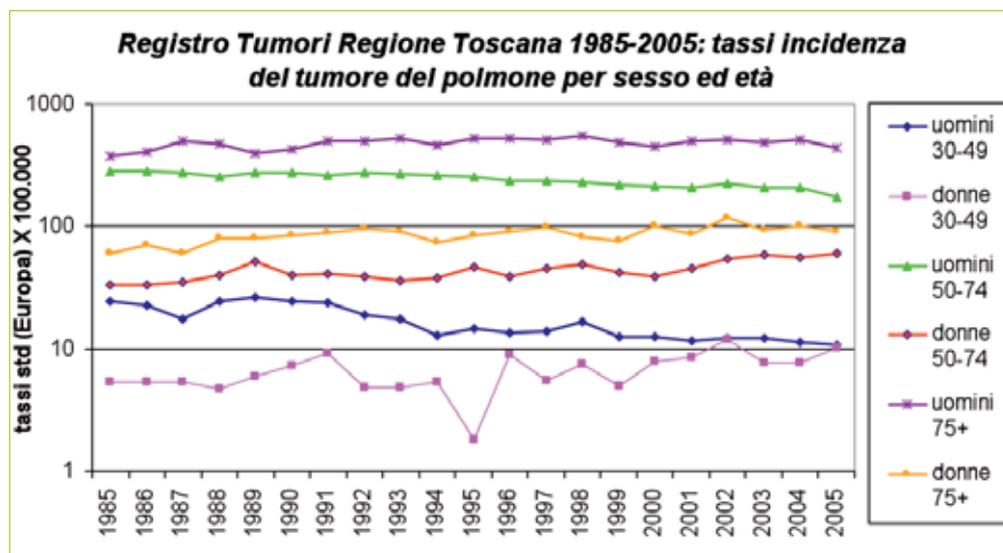
A. CALDARELLA, G. MANNESCHI

UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva,  
ISPO Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica

## Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [a.caldarella@ispo.toscana.it](mailto:a.caldarella@ispo.toscana.it)

TM



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

## In ricordo di Enzo Agresti

**I**l prof. Enzo Agresti è venuto a mancare alla fine dell'anno 2009. È venuto a mancare al nostro affetto, alla nostra stima e soprattutto alla possibilità di continuare a insegnarci qualcosa di essenziale ed insieme di originale sulla psicopatologia. Enzo Agresti era uno psichiatra nel senso più pieno del termine, nel senso cioè di esser in grado di cogliere, in ogni patologica e dolente storia umana, un paradigma degli aspetti essenziali della nostra esistenza. Questo circolo fra comprendere e sentire, fra immedesimazione e possibilità di riflessivo distacco, questa continua modulazione della distanza è ciò che è stato proposto agli psichiatri quale vero e proprio esercizio spirituale di fenomenologia e via maestra per illuminare gli aspetti di essenza che tessono la trama della umana esistenza. Questa capacità Enzo Agresti la possedeva in massimo grado e la usava nella prassi psichiatrica con la umiltà e semplicità di un dono naturale. In realtà se tutto ciò ovviamente si appoggiava a capacità naturali, era il frutto di quella singolare fusione fra natura e cultura che può far sì che uno psichiatra possa essere veramente tale: e cioè essenzialmente un terapeuta. Un terapeuta che sarà sempre consapevole, come lo era Agresti, di navigare fra lo scoglio di non avere sufficiente capacità empatica, e quello di credere che questa basti. Come dire che egli era lontanissimo dalle semplificazioni, ma praticava invece un rigore conoscitivo e metodologico nell'ambito del quale aveva portato contributi scientifici che meriterebbero di essere più conosciuti e soprattutto più letti dagli psichiatri.

*Arnaldo Ballerini*



### Divieto di segnalazione degli stranieri irregolari

Finalmente è stato dissipato ogni dubbio a proposito dell'eventuale dovere in capo ai medici di segnalare all'autorità giudiziaria gli stranieri irregolari che si presentano negli ambulatori o nelle strutture ospedaliere per necessità di cura. Il Ministero dell'Interno, infatti, con la circolare n. 12 del 27/11/2009, ha chiarito che per i medici e il personale sanitario continua a trovare applicazione il divieto di segnalare alle autorità lo stranie-

ro irregolarmente presente nel territorio dello Stato che chiede accesso alle prestazioni sanitarie, salvo ovviamente che non ricorra l'obbligo di referto. Non solo: il Ministero chiarisce che non è richiesta l'esibizione dei documenti inerenti il soggiorno per l'accesso alle prestazioni sanitarie. La circolare ministeriale, quindi, conferma le indicazioni che già le varie Regioni, prima fra tutte la Toscana, avevano fornito, invitando i medici

e gli operatori sanitari a proseguire nell'assistenza a tutti i malati, senza nessun obbligo di segnalazione. E conferma la posizione assunta fin dal primo momento dall'Ordine, che ha sempre richiamato i medici al rispetto delle norme deontologiche di assistenza sanitaria senza nessuna distinzione legata alla nazionalità, all'etnia, alla religione.

### Nuova procedura per le domande di invalidità civile

Dal 1° gennaio le domande per ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, dovranno essere presentate all'Inps e non più alla ASL. Lo prevede una legge nazionale che ha modificato il processo di riconoscimento di tali benefici coordinando le fasi amministrativa e sanitaria per ridurre i tempi di erogazione delle prestazioni. Dal 1° gennaio, quindi,

l'Inps gestisce il processo dell'invalidità civile in collaborazione con le ASL, secondo quanto specificato nel protocollo d'intesa approvato dalla Giunta Regionale Toscana, e poi siglato dalle parti, che recepisce le nuove disposizioni normative nazionali e definisce alcune specificità regionali. Le domande dovranno essere presentate all'Inps direttamente dal cittadino o per il tramite degli Enti di patrona-

to. L'Istituto trasmetterà le domande ricevute alle ASL, le cui Commissioni mediche, integrate da un medico dell'Inps, continueranno a svolgere le verifiche sanitarie. All'Istituto spetterà l'accertamento definitivo dello stato invalidante e anche la presenza nei procedimenti giurisdizionali civili relativi a prestazioni sanitarie previdenziali ed assistenziali.

### PEC: necessari alcuni chiarimenti

Il Consiglio Nazionale della Federazione degli Ordini dei Medici ha chiesto formalmente al Governo precisazioni per rendere più equa e meno problematica l'applicazione e la gestione della Posta Elettronica Certificata (PEC) per i medici e gli odontoiatri. Lo prevede un ordine del giorno approvato durante i lavori del Consiglio Nazionale, svoltosi a Roma venerdì e sabato scorsi. L'assise dei Presidenti degli Ordini italiani ha sottolineato che un consistente numero di pensionati, che continuano a essere iscritti agli Ordini per motivi di appartenen-

za, di affetto e di possibilità di svolgere saltuariamente l'attività professionale, anche a livello di volontariato, non hanno alcuna dimestichezza con l'utilizzo dei computer, con le prevedibili, conseguenti difficoltà a dover gestire la posta elettronica certificata. Di fatto sarebbero costretti a cancellarsi dall'Ordine di appartenenza. C'è poi un altro motivo per intervenire sul Governo, esplicitato nelle premesse dell'ordine del giorno: la PEC consente a soggetti terzi, non solo enti, di agevolarsi di un'asimmetria comunicativa (infatti ogni messaggio rice-

vuto nella casella di posta certificata si intende pervenuto al titolare della casella stessa) e non vi è chi non veda come questa situazione potrebbe creare problemi seri ai colleghi, sia sotto l'aspetto meramente gestionale che su quello, più delicato, del profilo giuridico, essendo il professionista costretto a subire incondizionatamente la ricezione di comunicazioni con valore legale, al di là della propria volontà. I margini per un confronto costruttivo con il Governo ci sono, visto che la decorrenza di fine novembre è ordinaria e non perentoria.



## Percorso assistenziale del Test combinato

### Centro Unico di Diagnosi Prenatale

Presidio Ospedaliero Piero Palagi  
Viale Michelangiolo - Firenze

Il test combinato rappresenta attualmente il miglior metodo di screening per la sindrome di Down, con una sensibilità di oltre il 90% e una incidenza di falsi positivi inferiore al 5%. Consiste nella combinazione di una ecografia ostetrica con misurazione della zona di traslucenza e di un prelievo ematico con dosaggio di due sostanze nel siero materno, la PAPP-A e la Free beta HCG.

Il periodo di maggior efficacia del test è tra 9 e 11 settimane per il dosaggio ematico e tra 12 e 13 settimane per l'ecografia.

Il test è inserito in un programma regionale che prevede la progressiva sostituzione della ecografia ostetrica del primo trimestre con quella comprensiva della valutazione della traslucenza nucale. Il test deve essere anche preceduto

da una informativa il più completa possibile.

Presso il presidio ospedaliero Palagi è attivo da diversi mesi il servizio di test combinato che prevede una consulenza di gruppo, al termine della quale vengono consegnati i moduli di consenso informato al test e viene effettuato il prelievo per il dosaggio dei metaboliti sul sangue materno e viene stabilita l'epoca ideale per effettuare l'esame ecografico, che viene prenotato nella sede stessa del servizio di diagnosi prenatale, al Palagi.

Per accedere al percorso assistenziale è necessaria la prenotazione presso il CUP metropolitano, call center, farmacie o telefonando al 840 003 003 da telefono fisso o al 199175955 da cellulare.

È indispensabile essere muniti

di apposita richiesta di consulenza prenatale, rilasciata dal medico di base, mentre tutte le richieste successive vengono compilate al momento della consulenza. In nessun caso il paziente è costretto a tornare dal medico curante per il rilascio di ulteriori impegnative.

Al momento stesso della consegna del test si procede ad effettuare una consulenza post test ed eventualmente alla prenotazione di esami invasivi come amniocentesi o villocentesi in caso di risultato positivo, cioè ad alto rischio di anomalia cromosomica. Anche in questo caso tutte le richieste necessarie vengono compilate dal consulente.

Il Responsabile del Servizio  
*Dr Enrico Periti*

## Visite per patenti speciali

Dallo scorso mese di ottobre l'Azienda Sanitaria di Firenze ha attivato il numero di telefono 055.6816955 per prenotare le visite per le patenti speciali. Pertanto prenotare, disdire o spostare un appuntamento presso la Commissione Locale per le patenti di guida speciali di Firenze è ora possibile

semplicemente con una telefonata e senza bisogno di recarsi personalmente agli uffici della ASL. Si ricorda che il rilascio, il rinnovo o la revisione delle patenti speciali riguardano le persone affette dalle seguenti patologie invalidanti: cardiovascolari, endocrine, del sistema nervoso, epilettiche, psichiche, del

sangue, dell'apparato urogenitale, monoculi, deficit visivo, deficit uditivo, disabilità degli arti, oltre ai consumatori abituali di alcol e sostanze psicoattive, invalidi civili, del lavoro, di guerra e diabetici con complicazioni. Il servizio di prenotazione telefonica è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 12.

## Punita la pubblicità ingannevole

Un paziente si è sottoposto ad un trattamento laser per la depilazione permanente, presso un centro di medicina estetica che, a mezzo stampa e su internet, pubblicizzava la propria attività con frasi del tipo: "Finalmente adesso è possibile depilarsi col laser in modo radicale al costo di una ceretta! Nel Centro XY scoprirai il più sicuro ed efficace trattamento laser per la epilazione permanente. Mai più peli superflui! Il metodo garantisce una epilazione radicale, permanente, definitiva e indolore". Attratto da questi messaggi pubblicitari, il paziente si sottoponeva ai trattamenti la-

ser, senza però ottenere i risultati promessi, pur pagando una somma di denaro non certo irrilevante. Ha citato, quindi, in giudizio il centro medico, chiedendo il rimborso di quanto pagato. Il Tribunale di Bologna, con la sentenza emessa dalla seconda sezione il 28/09/2009, ha dato ragione al paziente, affermando che i messaggi pubblicitari diffusi sulla stampa e su internet erano ingannevoli e tali da ingenerare nei consumatori l'erroneo convincimento di poter ottenere risultati che invece non erano, nella maggior parte dei casi, realizzabili. Infatti l'efficacia del trattamento

era legata, oltre ad una corretta esecuzione della metodica, anche ad una serie di fattori individuali, come la quantità di melanina, che variano da paziente a paziente. E lo stesso studio scientifico prodotto dal centro medico riconosceva la fallibilità oggettiva del metodo, circostanza questa negata dalla pubblicità. La pubblicità, quindi, è stata ritenuta dai giudici ingannevole e non veritiera e il centro medico è stato condannato a rimborsare al paziente tutto quanto da lui pagato, compresi gli interessi legali.

## Formazione a distanza dell'ISS

Nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, è stata sviluppata la piattaforma di formazione a distanza denominata "Goal" che prevede l'offerta di corsi di formazione on-line con attribuzione di

crediti ECM. Uno degli eventi formativi appena inseriti nella piattaforma si chiama "FluFAD" e vuole offrire a tutti i medici, e in particolare ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, gli elementi per rispondere alla richiesta

di salute su un tema quanto mai attuale come quello dell'influenza 2009-2010. Il corso on-line è gratuito e dà diritto a 3 crediti ECM. Per maggiori informazioni consultare il sito: <http://goal.snlg.it>.



## Corso ECM per Medici di Medicina Generale Alcolologia e Medicina Generale: un modello pratico

Il Corso "Alcolologia e Medicina Generale: un modello pratico", previsto nell'ambito della formazione permanente dei medici di medicina generale dell'area fiorentina per il 2010, ha appunto un aspetto pratico, orientato a migliorare il rapporto del medico di medicina generale verso il paziente con problemi da alcol, e a permettere al medico stesso la valutazione dell'efficacia del suo intervento sull'insieme degli assistiti mediante l'uso di mezzi informativi adeguati.

Il Corso si propone di estendere ad altri colleghi l'esperienza positiva realizzata da un piccolo numero di medici fiorentini negli anni passati, grazie al progetto PRISMA, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità attraverso la ASL di Firenze con la collaborazione scientifica dell'Agenzia Regionale di Sanità.

PRISMA è stato un progetto na-

zionale sul tema dell'Identificazione Precoce e dell'Intervento Breve sui bevitori a rischio, e si è svolto tra il 2005 e il 2007 nelle aree di Scandicci e del Chianti fiorentino. I 25 medici di medicina generale coinvolti hanno attuato, tra quasi 3.000 assistiti, un programma pilota per l'identificazione dei bevitori a rischio e dei bevitori con danno alcol-correlato, e con un successivo intervento educativo per la riduzione o cessazione del bere. Circa l'11% degli assistiti sono risultati bevitori a rischio (pur non essendo alcolisti), percentuale che è stata ridotta dall'intervento dei medici.

PRISMA aveva pianificato anche uno studio sulla relazione tra medico e paziente nell'ambulatorio. L'osservazione delle visite, compiuta mediante un questionario e la videoregistrazione delle stesse, ha dimostrato una buona capacità comunicativa dei medici nei confronti dei loro pazienti.

Una terza parte di PRISMA è

stata la valutazione dell'effetto che l'intervento dei medici aveva riguardo le opinioni sul bere della popolazione delle due aree coinvolte, raccolte all'inizio e alla fine dell'iniziativa in un campione di circa 1.300 persone. Il Progetto appare aver indotto un'apprezzabile consapevolezza del possibile rischio per la salute delle bevande alcoliche.

*Una delle aspettative dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è che i professionisti sanitari estendano a tutti i loro utenti l'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve. Il Corso si muove proprio nella direzione indicata dall'OMS. Infatti si propone di fornire al medico strumenti aggiornati per ridurre il rischio prodotto dal bere eccessivo dei pazienti e migliorare la loro qualità di vita.*

Allaman Allamani  
Anna Mustur  
Stefano Innocenti

## Ictus. Due Centri di Ascolto a Firenze

L'Associazione ALICE ha aperto due punti (uno presso la Misericordia di Sesto Fiorentino, a Sesto Fiorentino, e l'altro a Montedomini, in via dei Malcontenti, a Firenze) di supporto psicologico per le famiglie di pazienti colpiti da ictus: Sportelli I-Care

Il progetto si rivolge a familiari e caregiver di pazienti con ictus cerebrale sui quali ricade un rilevante carico sia fisico che emozionale.

L'attività di ascolto è così strutturata:

### Fase I

**Obiettivo:** Elaborazione degli aspetti legati alla gestione e all'accettazione della disabilità, del ca-

rico emotivo, sociale ed oggettivo, del rientro a casa o della eventuale collocazione presso una struttura di ricovero (RSA).

**Iter:** Accoglienza dei familiari del malato da parte di uno psicologo e di un volontario dell'associazione. Le richieste di sostegno perverranno ad un numero di cellulare dedicato. Il primo contatto avverrà con un volontario dell'associazione che raccoglierà alcune informazioni generali. Seguirà un colloquio di accoglienza da parte dello psicologo per illustrare le fasi del progetto e somministrare alcune scale di valutazione.

Nella settimana successiva incontro del paziente per la valutazio-

ne neuropsicologica del familiare/caregiver e, se necessaria, valutazione neurologica del paziente colpito da ictus cerebrale. Al termine del percorso redazione della relazione finale e individuazione dei percorsi: inserimento in gruppi di auto-aiuto; colloqui psicologici individuali (max 8); percorsi di riabilitazione neurocognitiva (max 5); invio al medico curante per i servizi sul territorio, sedute di logoterapia (max 5)

### Fase II

Implementazione di un gruppo di auto aiuto per migliorare le capacità di coping e la qualità della vita dei familiari e del caregiver.

## I conti dell'ENPAM sono in equilibrio

A seguito delle recenti notizie di stampa pubblicate da alcuni quotidiani nazionali, che riferivano con toni allarmistici sulla situazione finanziaria e patrimoniale dell'ENPAM, la Fondazione ha prontamente diramato un comunicato stampa per smentire queste affermazioni, che non riflettono la reale situazione della Cassa di previdenza dei medici e degli odontoiatri italiani. In

particolare, si legge nel comunicato stampa, i Fondi di previdenza gestiti dall'ENPAM sono in equilibrio, con l'eccezione del Fondo degli specialisti convenzionati esterni (che comunque rappresenta il 3,5% del totale della spesa per pensioni), il cui squilibrio deriva da un lato dalla drastica riduzione dell'accreditamento ad personam e, dall'altra, dal contenzioso delle strutture sanitarie accreditate

che si oppongono al versamento dei contributi. In sostanza, l'ENPAM si trova in una situazione di equilibrio che garantisce stabilità fino al 2028, anche contabilizzando il patrimonio al valore storico, certamente inferiore al valore corrente. E, in ogni caso, l'ENPAM è pronta ad avviare ogni intervento di stabilizzazione anche a più lungo periodo, secondo quelle che saranno le prescrizioni

## INAUGURATA LA MOSTRA DEI MEDICI PITTORI

**Lunedì 14 dicembre** il Presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, Dott. Antonio Panti, ha inaugurato la mostra dei medici pittori, le cui opere sono state ospitate presso la sede dell'Ordine, in Via Giulio Cesare Vanini 15. È stato un momento di informale ed amichevole convivialità, insieme a tanti colleghi che, con talento e passione, esprimono così brillantemente la propria creatività. Alla presenza dei consiglieri dell'Ordine, il Dott. Panti ha ringraziato i colleghi che hanno aderito a questa iniziativa, apprezzando e sottolineando i loro eclettici interessi artistici.



## In Toscana a scuola di governance sanitaria Grande successo per la prima edizione di Eunomia Sanità

Tempo di bilanci per la prima edizione di Eunomia Sanità. La tre giorni di alta formazione organizzata a Villa Morghen a Settignano alle porte di Firenze dal 17 al 19 dicembre scorsi dall'Associazione Eunomia ha visto la partecipazione di quaranta corsisti provenienti da tutta Italia. Il Corso di Alta Formazione, alla sua prima edizione, si è posto l'obiettivo di far crescere la consapevolezza su temi come qualità della vita e gestione dei nuovi modelli sanitari. I corsisti, prevalentemente amministratori

e dirigenti del settore, hanno avuto l'occasione di confrontarsi con relatori di primo piano della sanità nazionale. Tra loro il vice presidente della Camera dei Deputati Maurizio Lupi, il direttore generale dell'Istituto Superiore di Sanità Monica Bettoni, il preside della Facoltà di Medicina di Firenze Gianfranco Gensini, l'assessore toscano alla Salute Enrico Rossi e lo stesso Presidente dell'Ordine Antonio Panti. I temi affrontati durante il corso hanno spaziato dalla programmazione e la valutazione

in sanità agli aspetti di counseling e comunicazione, alla ricerca di eccellenza, fino ai nuovi modelli sanitari. Grande successo di pubblico ha registrato la giornata di chiusura di Eunomia Sanità. Con il titolo "Agorà Salute" corsisti e cittadini comuni si sono ritrovati per parlare delle problematiche e dei nuovi orizzonti della sanità. La giornata si è svolta a Firenze in palazzo Medici Riccardi.

Visita il sito [www.eunomiaonline.it](http://www.eunomiaonline.it)

### CONVEGNI E CONGRESSI

#### MEDICINA NATURALE

L'A.M.M.I., sezione di Firenze, organizza un ciclo di conferenze sulla Medicina Naturale che verrà inaugurato **Lunedì 25 Gennaio 2010** alle ore 17 presso Ordine dei Medici, Via Vanini 15 - Firenze dal Dr. Fabio Firenzuoli, Professore a.c. Fitoterapia Clinica Università di Firenze. Il tema del primo incontro sarà: "Erbe: un'opportunità per la salute".

#### IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE ALLA FINE DELLA VITA

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

### CORSI E SEMINARI

#### CORSO GRATUITO ONLINE "SALUTE GLOBALE E EQUITÀ IN SALUTE"

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze ha realizzato il Corso online "Salute Globale e Equità in Salute". Il Corso è rivolto a tutti coloro che a vario titolo si occupano di Salute e di Diritto alla Salute. L'iscrizione è gratuita e consente, inoltre, di ricevere informazioni sui futuri aggiornamenti e approfondimenti. Per ulteriori informazioni contattarci agli indirizzi e-mail: [gavino.maciocco@unifi.it](mailto:gavino.maciocco@unifi.it); [francesca.santomau-ro@unifi.it](mailto:francesca.santomau-ro@unifi.it). Per accedere direttamente: [http://www.mediciconlafrica.org/globalhealth/elearning/salute\\_globale/Default.asp](http://www.mediciconlafrica.org/globalhealth/elearning/salute_globale/Default.asp) Gavino Maciocco e Francesca Santomauro.

#### ORDINE DI FIRENZE

##### E-mail:

[presidenza@ordine-medici-firenze.it](mailto:presidenza@ordine-medici-firenze.it) - [informazioni@ordine-medici-firenze.it](mailto:informazioni@ordine-medici-firenze.it)  
[amministrazione@ordine-medici-firenze.it](mailto:amministrazione@ordine-medici-firenze.it) - [toscamedica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscamedica@ordine-medici-firenze.it)  
[relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it](mailto:relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it)

##### Orario di apertura al pubblico:

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

##### Rilascio certificati di iscrizione:

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

##### Tassa annuale di iscrizione:

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

##### Cambio di indirizzo:

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

##### Consulenze e informazioni:

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

AMMI - e-mail: [ammifirenze@virgilio.it](mailto:ammifirenze@virgilio.it) - sito: [ammifirenze.altervista.org](http://ammifirenze.altervista.org)  
FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

##### Newsletter:

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

~ ~ ~

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

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

**COMBISARTAN<sup>®</sup>** 160 mg / 25 mg  
C09DA03

*valsartan + idroclorotiazide*

**COMBISARTAN<sup>®</sup>** 160 mg / 12,5 mg  
C09DA03

*valsartan + idroclorotiazide*

depositato presso AIFA il 30/09/05

**VALPRESSION<sup>®</sup>** 160 mg  
C09CA03

*valsartan*



Menarini, salute senza confini

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



Certificato Nr  
50 100 4785

VACO 05-05

Manfredo Fanfani

# PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti e le storie di vita



Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

## Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

