



Dal 2016 Toscana Medica
è diventata digitale! Si prega di registrarsi:
www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriversi

ToscanaMedica

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



Sostenibilità delle cure: un problema da risolvere presto

G. Amunni, M. Arnetoli, F. Di Costanzo,
A. Falcone, M. Maio, S. Nuti

Le app per l'aggiornamento professionale del medico

M. Masoni, M.R. Guelfi, G.F. Gensini

La coscienza alterata. Lo stato confusionale acuto

S. Domenichetti

La bellezza oggettiva: da Nefertiti alla Neuroestetica

E. Grassi, P. Palumbo

N° 6 GIUGNO 2016



REVINTY® ELLIPTA®

92/22

fluticasone furoato/vilanterolo

92 microgrammi/22 microgrammi

Polvere per inalazione, in contenitore monodose



REVINTY® ELLIPTA®

184/22

fluticasone furoato/vilanterolo

184 microgrammi/22 microgrammi

Polvere per inalazione, in contenitore monodose



FARMINDUSTRIA
Linee Guida per
l'Informazione Scientifica
www.it.sgs.com

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
L'uomo che dà il fuoco,
Jan Fabre 2002.
Foto di Mauro Sani.

Anno XXXIV n. 6 - Giugno 2016

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

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2016 € 2,73



Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



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



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



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

Stampa
Tipografia il Bandino srl
Via Meucci, 1 - Fraz. Ponte a Ema - Bagno a Ripoli (FI)

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- ◆ Inviare gli articoli a: toscanamedica@ordine-medici-firenze.it, con un abstract di 400 battute compresi gli spazi e 5 parole chiave
- ◆ Lunghezza max articoli: 6 mila battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia.
- ◆ Lunghezza max Lettere al Direttore: 3 mila battute spazi inclusi.
- ◆ Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- ◆ No Bibliografia ma solo un indirizzo email a cui richiederla.
- ◆ Non utilizzare acronimi.
- ◆ **Primo autore:** inviare una foto e un curriculum di 400 battute da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale.
- ◆ Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza.
- ◆ Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento.

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

S O M M A R I O

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4** Teatro di sculture con Jan Fabre
F. Napoli

EDITORIALE

- 5** Contro il Taylorismo
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6** Sostenibilità delle cure: un problema da risolvere presto
G. Amunni, M. Arnetoli, F. Di Costanzo,
A. Falcone, M. Maio, S. Nuti
- 13** Novità vere e costi che aumentano
A. Panti

QUALITA' E PROFESSIONE

- 14** È possibile lavorare meglio
C. Palermo
- 15** Le app per l'aggiornamento professionale del medico
M. Masoni, e coll.
- 18** Prevenzione primaria nelle Dipendenze
M. Varese, e coll.
- 20** La coscienza alterata. Lo stato confusionale acuto
S. Domenichetti
- 23** Integrità: valore fondamentale del Sistema sanitario
F. Marra, e coll.
- 25** La bellezza oggettiva: da Nefertiti alla Neuroestetica
E. Grassi, e coll.
- 28** Esercizio fisico e miglioramento della qualità della vita:
l'esperienza della Medicina dello Sport e dell'Esercizio
dell'Università di Firenze.
L. Stefani, e coll.

REGIONE TOSCANA

- 31** PDTA Demenza
Parere CSR 66/2015

QUALITA' E PROFESSIONE

- 33** Stima dei decessi per tumori attribuibili a fattori di rischio comportamentali in Toscana nel Triennio 2010-2012
T. Grassi, e coll.
- 35** Stili di vita: la ricetta Neo-Liberista
A. Stefanini
- 37** Salute è anche una scelta
F. Cipriani
- 38** Psicoterapia espressiva in riabilitazione psico-oncologica
al Ce.Ri.On (ispilo-lilt) di Firenze in collaborazione con
l'associazione "La Finestra"
T. Bruno
- 40** Fine vita. Un manifesto d'intesa tra cattolici e non credenti
- 41** La morte e la medicina
A. Panti

RICERCA E CLINICA

- 42** L'endoscopia del canale spinale (epiduroscopia).
M. La Grua
- 45** Mammografia con mezzo di contrasto:
la nuova era della diagnostica senologica
D. Abdulcadir, e coll.
- 48** La chirurgia robotica in urologia pediatrica
L. Masieri, e coll.

MEDICINA LEGALE

- 51** È dovere del medico conoscere i delitti di lesione personale
M. Graev

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

- 53** Epatite C e farmaci: la Strategia DNDI per l'Accesso
D. Dionisio

SANITA' NEL MONDO

- 55** La sanità che non ti aspetti
G. Maciocca

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 57** Il Gatto, nella medicina e nell'arte, fra allegoria,
superstizione e magia
Terza parte (Seconda parte nel numero precedente)
M. Fanfani

61 VITA DELL'ORDINE

62 NOTIZIARIO

FEDERICO NAPOLI

Teatro di sculture con Jan Fabre

“Spiritual guards”, ovvero “guardiani spirituali”, è il titolo della mostra di Jan Fabre a Firenze. Belga di Anversa, è uno scultore designer regista che trova nell’azione performativa la possibilità di esprimere il proprio credo grazie alla interdisciplinarietà. Il teatro, dove Fabre si è cimentato più volte, sembra essere il campo di azione per certi aspetti per lui più foriero di espressività: i suoi spettacoli hanno l’impronta di un’arte totalitaria nella necessaria partecipazione/sacrificio di attori, ballerini e spettatori; spettacoli fortemente impegnativi e nei quali è latente un senso di violenza. Nella mostra fiorentina questi aspetti sono riflessi nella scultura “L’uomo che scrive sull’acqua” (2006), collocata sugli spalti del Forte di Belvedere, dove tutti i lavori esposti respirano e si mettono liberamente in dialogo con l’ambiente; qui, infatti, compare “L’uomo che misura le nuvole” (1998). Sembra quasi che Fabre con la sua operazione artistica indichi sempre il limite da valicare, attraverso una catarsi: è un’espressione artistica basata sulla fisicità - la figura umana è spesso protagonista nella sua scultura - e si pone in contrapposizione alla società virtuale di oggi. “Faccio quello che fanno i salmoni” ha detto Fabre in una intervista, ovvero “superò controcorrente gli ostacoli”, cioè i propri (e altri) limiti fisici, intellettuali e visivi, riunendo mitologia e sacralità - sempre al Forte, indicativa in tal senso la serie “Capitoli”, 2010 -, in una espressione formale spettacolare, perché l’autore concepisce l’arte come tragicità: ecco il senso dell’opera “L’uomo che piange e ride” (2004). La mostra fiorentina rivela numerose suggestioni intercorrenti per naturale assonanza fra le sculture dell’autore belga - vero “animale” dell’oggi, che fiuta, braca e cattura nelle sue sculture o nelle sue performances - e la cultura storica della città: il senso di celebrazione della contemporaneità nei suoi dubbi e nei suoi riti, l’acquisizione del passato letto su di un piano filosofico, oltre a possibili trasposizioni a luoghi, oggetti e persone della corte medicea cinquecentesca.

L’esposizione occupa non solo spalti e Palazzina del Forte di Belvedere, ma anche piazza Signoria e lo stesso Palazzo Vecchio: all’interno dei Quartieri monumentali nella Sala dell’U-

dienza è collocato il grande ideale mappamondo (1997) realizzato con gusci multicolori di scarabeo, animale dalle forti suggestioni sin dall’antichità e più volte al centro dell’attenzione di Fabre, nel caso specifico trasformatosi in una sorta di entomologo dell’arte. Con un gesto ripetitivo l’autore usa migliaia di gusci per ricoprire la superficie del grande globo; un gesto creativo che assume il significato di un rito. Atteggiamento questo che appare chiaramente anche nei filmati su varie performances di Fabre proiettati nella Palazzina di Forte Belvedere.

In piazza della Signoria le due sculture presenti, ipotetici guardiani della bellezza, fra le quali spicca “Cercando Utopia” (2003), sono invece condizionate dal preesistente, dal secolare peso della storia politica e artistica che la piazza stessa racchiude. Ma se pure con una collocazione meno espressiva, proprio nello spazio del potere fiorentino si esprime meglio l’essenza dell’arte di Jan Fabre che solo apparentemente è libera, in effetti realizzandosi stretta fra mitologia e sacralità, fisicità greve e iperboli, intuizioni contemporanee e peso del passato, simbologia e metamorfosi. Non a caso, il titolo della mostra “Spiritual guards” allude a ideali “guardiani”, con insito un senso di controllo e non solo di difesa.

Come le stesse messinscene teatrali, lunghe molte ore, fatte di immagini suoni fisicità e interazione, rivelano la personalità dell’autore e il suo analitico lavoro creativo, similmente le sculture esposte a Firenze fanno apparire lui, Jan Fabre, come propugnatore di un neo umanesimo senza speranza, in quanto non realmente rivoluzionario.

La mostra presenta opere realizzate fra il 1978 e il 2016 ed è curata da Joanna De Vos e Melania Rossi, con la direzione artistica di Sergio Risaliti.

“Spiritual guards” di Jan Fabre

Palazzo Vecchio, piazza Signoria, Forte di Belvedere

Fino al 2 ottobre 2016
orari diversi secondo le sedi



<http://musefirenze.it/mostre/janfabre/>



ANTONIO PANTI

Contro il Taylorismo

Ancora prima che nascessero la "spending review" e i "tagli orizzontali", gli amministratori del servizio sanitario erano affascinati dalle teorie di Frederick Taylor, un ingegnere americano che rivoluzionò l'industria, convinto che qualsiasi produzione potesse essere realizzata al meglio ottimizzando tempo e efficienza. La migliore organizzazione, secondo Taylor, era quella che consentiva di produrre il maggior numero di beni nel tempo minore, garantendo sì la qualità del prodotto, ma meno la protezione degli addetti. La diminuzione dei costi implica la scomparsa dell'antico artigiano, con i suoi ritmi e il suo rapporto personale col lavoro, travolto dal sistema produttivo di cui diviene un semplice anello. È una trappola in cui i medici sono caduti e i cittadini, quando se ne sono accorti, hanno attribuito la colpa ai professionisti, diventati "disumani", e non all'organizzazione. Ma oggi è così. La cura deve seguire standard produttivi (tot prestazioni/ora) e l'uso dei mezzi informatici si trasforma in *format* che condizionano il colloquio, ingabbiando la libera narrazione anamnestica in schemi predefiniti. La relazione personale sembra un arcaico sentimentalismo.

Ora però c'è un ritorno alla "medicina narrativa", cioè alla relazione come base della cura, e alle terapie personalizzate, la "*precision medicine*", in cui il vecchio discorso di Osler, che si deve sapere "quale malato ha quella malattia e non quale malattia ha quel malato", riaffiora attraverso il combinarsi della necessaria flessibilità dell'EBM con l'intreccio dei dati genetici e epigenetici di ognuno. Una correzione importante, che esige tempo - e denaro -, ma che non esaurisce il problema. Il medico non soltanto è il *dominus della sickness*, definisce chi è malato e quindi portatore di un diritto sociale, ma rappresenta con la sua scienza il ponte tra *illness* e *disease*, tra l'ontologia tassonomica della malattia e il vissuto della persona. La società affida ai medici compiti assai impegnativi. La questione si complica alla fine della vita. La medicina non può esorcizzare l'accanimento terapeutico con tecnologie sempre più raffinate, costose e inutili. La fase *end stage* della vita dovrebbe essere preparata col paziente e con i familiari, con ampio margine di tempo, attraverso l'ascolto, l'empatia, lo stimolo alla resilienza e *al coping*. La società è matura per affidare al medico la "buona morte", quanto più possibile serena e scevra da sofferenze. Al medico manca forse la

cultura, ma di sicuro non dispone liberamente del suo tempo.

I medici sono pagati dai servizi pubblici non dai singoli pazienti. Perché sono pagati? Ovvio perché sanno operare, effettuare chemioterapie, curare infezioni, vaccinare, fare un'enormità di cose importanti. Ma non sono pagati, almeno sembra, per il tempo che occorre per prendersi cura del malato, per capire di cosa ha bisogno e, soprattutto, per comprendere quando è opportuno o no, per quel particolare malato, intervenire. Quali siano le funzioni o gli scopi reali della medicina e per cosa dovremmo pagare i medici è un problema non del tutto risolto. Le regole del gioco sono incomplete: il medico dichiara che qualcuno è malato e cerca di riparare il danno. Non sempre una vita degna e una buona morte fanno parte delle cure mediche, eppure il medico dovrebbe essere determinante in una medicina intesa in modo più umano e più ampio. Questo è un ruolo più vasto che potrebbe diventare anche troppo vasto. La cura si accompagna alla ricerca di senso, "perché proprio a me", e siccome la speranza e l'aiuto si chiedono alla medicina la cosa ci riguarda.

Le linee guida servono per la clinica che però si fonda sulla relazione con l'uomo. "Il tempo della comunicazione è tempo di cura" sostiene l'articolo 20 del Codice Deontologico. Cosa aspettiamo a rivendicarlo? I contratti e le convenzioni non rispondono più alle reali esigenze dei cittadini. Non possiamo più misurare il lavoro del medico sulla numerosità delle prestazioni ma dobbiamo ricompensare la sua capacità di prendersi cura di ciascun paziente. Vale la regola di William Baumol: un ciabattino nel Settecento faceva una scarpa al giorno, un moderno operaio ne produce centinaia; ma una sonata di Mozart dura lo stesso tempo allora e oggi. La produttività della medicina dipende dalla tecnica e basti pensare ai laboratori. Ma la relazione umana no, e il rapporto con l'uomo è ancora fondamentale per il risultato delle cure. Ed è ciò che la società chiede ai medici. Non sono più accettabili rapporti di lavoro fondati sulla giustapposizione di mansioni, registri, notifiche, certificati, tutte cose importanti ma che non devono ostacolare il vero scopo della medicina. Taylor e i suoi corifei hanno torto, prima l'uomo poi il sistema.

TM

G. AMUNNI, M. ARNETOLI, F. DI COSTANZO, A. FALCONE, M. MAIO, S. NUTI

Sostenibilità delle cure: un problema da risolvere presto

TOSCANA MEDICA – In Oncologia la disponibilità di farmaci di nuova concezione dal costo assai elevato ha creato notevoli problemi di sostenibilità economica ai sistemi sanitari. Questo fenomeno è particolarmente evidente nel campo dell'immunoterapia oncologica. Che cosa si intende con questo termine?

AMUNNI – Ormai da moltissimo tempo sono noti i rapporti tra sistema immunitario e patologia neoplastica, come del resto dimostra anche la relativa facilità con la quale i tumori si sviluppano nei soggetti immunodepressi.

L'immunoterapia oncologica è una strategia di cura basata sul tentativo di curare il tumore attraverso il potenziamento delle difese immunitarie dell'organismo ospite. Si tratta di uno strumento in più a disposizione dell'oncologo che comunque si deve affiancare a quelli tradizionali di meno recente impiego in campo clinico.

MAIO – L'immunoterapia oncologica rappresenta senza dubbio la quarta strategia che abbiamo a disposizione per trattare il cancro. Si tratta di un approccio metodologico vecchio di più di 100 anni che ha conosciuto con il passare del tempo periodi altalenanti di successi ed insuccessi.

Negli ultimi 4 – 5 anni il progredire delle conoscenze sul funzionamento del sistema immunitario e sulle caratteristiche immuno-biologiche delle cellule tumorali ci ha permesso di sviluppare nuovi farmaci che sostanzialmente hanno come bersaglio il sistema immunitario dell'organismo colpito da tumore e non tanto il tumore stesso. Questi nuovi farmaci immunoterapici si stanno sempre più inserendo, sia nella pratica clinica sia nell'ambito di sperimentazioni cliniche, nel percorso terapeutico complessivo del paziente oncologico. In alcuni casi, come nel melanoma e nel carcinoma squamoso del polmone pretrattato, si sostituiscono ormai completamente alla chemioterapia avendo una maggiore efficacia e, in genere, minori effetti collaterali. A bre-

ve avremo a disposizione nella pratica clinica trattamenti immunoterapici per molti altri tipi di tumore, tra i primi vi saranno il carcinoma renale, i tumori testa/collo, i linfomi di Hodgkin.

DI COSTANZO – Le nuove tecniche di biologia molecolare ci permettono oggi di "guardare" direttamente dentro le cellule tumorali e di parlare di "medicina di precisione", concetto che ha finito per modificare anche la tassonomia dei tumori, oggi non più basata sull'organo colpito ma sulla classificazione biologica molecolare della sua malattia.

I risultati migliori con i nuovi immunoncologici ad oggi sono stati ottenuti nel melanoma e nel cancro del polmone ed è verosimile che queste indicazioni andranno presto ad aumentare.

Per quanto riguarda il melanoma la chemioterapia tradizionale ci garantiva dei buoni risultati in circa il 13 – 14% dei pazienti, mentre con le nuove molecole si raggiungono facilmente percentuali superiori al 30% con sopravvivenza di oltre l'80% ad un anno nei casi metastatici.

All'efficacia clinica si affianca comunque la questione dei costi che in questi casi è davvero notevole.

FALCONE – L'ipotesi di utilizzare il sistema immunitario per curare i tumori risale agli anni 60' con la teoria della "sorveglianza immunitaria" di Frank Macfarlane Burnet, premio Nobel per la Medicina. Purtroppo per molti anni i tentativi terapeutici sono stati nel complesso deludenti, ma oggi grazie alle migliori conoscenze dei meccanismi che regolano la risposta immunitaria e di farmaci che vanno ad agire in maniera più specifica e mirata, l'immunoterapia è una nuova realtà terapeutica nell'ambito delle terapie anti-tumorali. Direi che oggi è una realtà importante in neoplasie quali il melanoma ed il carcinoma polmonare, ma di grande interesse e potenziale sviluppo in molte altre neoplasie.



Gianni Amunni,
Direttore dell'Istituto
Toscano Tumori.



Mario Arnetoli, medico
di medicina generale
USL Sud Est Toscana,
componente della
Commissione Terapeutica
Regionale Toscana.



Francesco Di Costanzo,
Direttore dell'Oncologia
medica della AOU
Careggi di Firenze.



Alfredo Falcone, Prof.
Ordinario di Oncologia
Medica e Direttore Polo
Oncologico AOU di Pisa.



Michele Maio, Direttore
dell'Immunoterapia
Oncologica della AOU di
Siena.



Sabina Nuti, Prof.
Ordinario Scuola
Superiore Sant'Anna
e Responsabile del
Laboratorio MeS.

TOSCANA MEDICA – Quali sono le considerazioni di fondo che legano la funzione del sistema immunitario alla comparsa dei tumori?

MAIO – In maniera molto semplificata possiamo dire che nel corso della nostra vita il sistema immunitario è generalmente in grado di tenere sotto controllo e distruggere le cellule tumorali, e lo fa molto efficacemente finché esse non modificano sempre più le loro caratteristiche (per esempio cambiando le loro caratteristiche molecolari e di conseguenza gli antigeni di membrana), rendendosi quindi “invisibili” alla attività di sorveglianza immunologica. L’immunoterapia si prefigge quindi di ridurre il sistema immunitario restituendogli per periodi di tempo anche molto lunghi la capacità di tenere sotto controllo la crescita neoplastica.

TOSCANA MEDICA – Quali sono i rapporti tra l’immunoterapia oncologica e la vaccinazione contro alcune neoplasie causate da virus come ad esempio l’HPV? Ed ancora, perché l’immunoterapia funziona nel melanoma e nel cancro del polmone e non in altri tumori?

AMUNNI – Il termine vaccinazione antiHPV appare del tutto inadeguato, perché in realtà si tratta piuttosto di un intervento di prevenzione primaria nei confronti di un particolare tumore, quello del collo dell’utero, per il quale è stato identificato con certezza l’agente eziologico, vale a dire alcuni ceppi cosiddetti ad alto rischio di HPV: riducendo l’infezione cronica causata dal virus si riduce drasticamente la possibilità che la donna sviluppi il cancro suddetto. Tra l’altro associando alla prevenzione primaria rappresentata dal controllo dell’infezione da HPV quella secondaria con lo screening per la ricerca del virus nella popolazione, è ipotizzabile che in futuro si possa arrivare a debellare completamente il cancro del collo dell’utero.

MAIO – L’epatocarcinoma rappresenta un altro esempio a conferma di quanto detto adesso dal prof. Amunni. Siamo infatti di fronte ad un tumore che insorge su una pregressa infezione virale per cui agendo con la vaccinazione sul virus si riesce di conseguenza anche a ridurre la percentuale di comparsa della malattia neoplastica. Ma anche nel caso dell’epatocarcinoma sono attive sperimentazioni cliniche di immunoterapia che nei prossimi anni ci

diranno quanto questa nuova strategia terapeutica possa essere efficace anche nei tumori indotti da virus.

DI COSTANZO – È stato ormai dimostrato che gli immunodepressi per varie cause ed i trapiantati d’organo hanno una probabilità maggiore di sviluppare un tumore rispetto alla popolazione di controllo. Questa osservazione di carattere clinico, peraltro molto empirica, costituisce il punto di partenza dell’approccio di cura immunoterapico. Fino a poco tempo fa non eravamo ancora riusciti a capire fino in fondo perché le cellule neoplastiche riconosciute dal sistema immunitario non venissero subito eliminate. Adesso stiamo arrivando a capire che la “guerra” tra il sistema immunitario ed il tumore si gioca essenzialmente a livello di recettori cellulari di superficie: proprio a questo livello interviene l’immunoterapia oncologica.

L’avanzamento delle conoscenze aprirà senza dubbio nuovi filoni di ricerca, come è stato ad esempio per il trapianto di midollo osseo nella cura delle neoplasie ematologiche.

TOSCANA MEDICA – Dottor Arnetoli, stiamo parlando di un campo altamente specialistico, dove entrano in gioco malattie molto gravi, complessi approcci di cura, farmaci innovativi dal costo assai elevato e con effetti collaterali magari non bene conosciuti dai non specialisti. Come si pone la medicina generale di fronte a questo scenario?

ARNETOLI – Il medico di medicina generale in questo scenario occupa una posizione del tutto defilata, visto che stiamo parlando di farmaci non pensati per il suo campo di azione e che lui probabilmente non userà mai. La sua esperienza con i farmaci biologici è iniziata quando ha visto i suoi pazienti con artrite reumatoide o con morbo di Crohn venire curati con queste molecole innovative a gestione per lo più specialistica. Nel campo poi dell’immunoterapia oncologica le sue possibilità di avvicinarsi a queste nuove metodiche di cura appaiono ancora più limitate, visto il numero verosimilmente esiguo di suoi pazienti che, al momento attuale, potrebbero realmente giovarsi.

Il medico di base avverte però senza dubbio la necessità di essere informato e formato su queste innovazioni, soprattutto in tema di effetti collaterali ed interazioni farmacologiche, visto che poi, specialmente se la malattia neoplastica tende alla cronicizzazione, è pro-

prio lui a gestire nella quotidianità i pazienti, magari anziani e fragili che, oltre al tumore, hanno importanti polipatologie associate.

DI COSTANZO – La formazione su questi farmaci, alcuni dei quali ricordiamolo sono da poco disponibili in Europa, deve certamente avvenire ad ogni livello, coinvolgendo soprattutto i medici di base, considerato che la loro somministrazione avviene per lo più a livello di day hospital o ambulatoriale senza necessariamente il ricovero in ospedale. Per questo credo sia fondamentale che i medici di base conoscano gli eventuali effetti collaterali per intervenire direttamente al domicilio del paziente. Tra gli eventi avversi ricordo la perdita dei capelli, il vomito, la diarrea e problematiche a livello di funzionalità tiroidea, surrenaleca ed ipofisiaria. Si tratta di un panel come si vede assai complesso e variegato che il medico di base può monitorare, con l'aiuto magari di infermieri specificamente formati in questo senso, potendo tuttavia sempre contare sulla possibilità di contatto diretto con lo specialista di riferimento.

TOSCANA MEDICA – Abbiamo sentito dunque che le molecole ad azione immunoterapica oncologica sono efficaci però molto costose. Prof.ssa Nuti, il MES è già in possesso di dati specifici di farmacoeconomia relativi a questi nuovi farmaci?

NUTI – La premessa alla domanda è che un sistema di rilevazione che intenda rispondere alle domande dei *policy makers* responsabili dell'amministrazione di un sistema sanitario, si proponga sempre di monitorare congiuntamente tre fattori, ossia: la qualità delle cure, l'equità e la sostenibilità.

In linea di massima si può dire che questi nuovi farmaci biologici hanno avuto un peso sempre maggiore nei diversi percorsi assistenziali con il passare degli anni.

Di pari passo ci siamo resi conto che, a differenza per esempio di quanto accade nella cronicità, è oggettivamente difficile in questo ambito monitorare nel tempo congiuntamente i suddetti criteri di qualità delle cure, equità e sostenibilità.

Una prima difficoltà è rappresentata dal fatto che le singole Aziende ed i loro professionisti non adottano criteri sovrappponibili per la gestione di questi nuovi farmaci, per cui i dati raccolti a livello regionale non sempre possono essere analizzati e confrontati in *benchmarking*.

Le stesse modalità di registrazione delle prestazioni erogate in campo oncologico dalle singole Aziende sanitarie sono in parte differenti e non esiste in Toscana una sostanziale omogeneità.

L'ultimo problema è rappresentato dalla difficoltà di individuare e tracciare efficacemente tutto il percorso di diagnosi e cura dei pazienti ai quali i nuovi farmaci vengono somministrati.

La consapevolezza di questa situazione di partenza ci ha portato ad organizzare specifici tavoli di confronto con le Aziende sanitarie, in cui sono stati invitati a partecipare i professionisti ed i responsabili della farmaceutica ospedaliera per individuare dei metodi di confronto adeguati e riproducibili. A fronte delle note problematiche economiche attuali, è necessario infatti condividere congiuntamente quali debbano essere le priorità di spesa, ossia per quali patologie e per quali classi di pazienti sperimentare i nuovi farmaci. Si tratta, come ben si capisce, di questioni che devono essere gestite a livello di *governance* di sistema, con il coinvolgimento diretto dei professionisti che devono essere messi in grado di ricevere in tempi congrui il feedback delle nostre analisi di farmacoeconomia, ossia spesa sostenuta per paziente, per facilitare il confronto tra costo e esito.

AMUNNI – Due osservazioni. La prima, abbastanza ovvia, riguarda il fatto che le spese legate ai farmaci usati in Oncologia sono fatalmente destinate ad aumentare e questo per svariate cause tra le quali l'aumento della vita media (il cancro spesso è condizione peculiare delle età più avanzate) e la cronicizzazione oggi sempre più frequente della malattia che permette di mantenere in vita anche per lunghi periodi di tempo malati che solo poche decine di anni fa erano inesorabilmente condannati.

La seconda osservazione: secondo me il controllo dell'appropriatezza in senso generale in campo oncologico è avanti anni luce rispetto ad altri settori della Medicina. Gli oncologi ormai da tempo hanno costruito linee guida e protocolli, hanno introdotto la misurazione dei risultati basata sui criteri stringenti quali la progressione di malattia, la sua stazionarietà o remissione ai quali tutti devono obbligatoriamente attenersi. Non ultimo la maggior parte dei nuovi farmaci usati in Oncologia sono soggetti al Registro AIFA, a garanzia del loro impiego in condizioni di massima appropriatezza possibile.

Dopo queste premesse credo che nel settore delle innovazioni nella cura dei tumori non si possa prescindere dal concetto di sostenibilità, non solo economica ma anche organizzativa in senso generale. Senza niente volere togliere a concetti importanti come l'etica delle cure e l'autonomia decisionale dei medici, oggi non possiamo più permetterci di ignorarne altri come ad esempio il cosiddetto "diritto governato all'innovazione". Secondo questo diritto se un'innovazione è realmente in grado di offrire benefici significativi nella cura di una determinata malattia, il sistema deve fare tutto il possibile per renderla disponibile a chi ne ha bisogno.

In questo senso io sono però convinto che si debba "comprare" anche a caro prezzo un nuovo farmaco davvero in grado di migliorare drasticamente la prognosi della condizione neoplastica e non certo spendere tanti soldi in rimedi che magari riescono soltanto a fare guadagnare pochi giorni di vita ai malati.

Di fronte ad un nuovo strumento di cura con indicazioni notevolmente allargate, credo poi sia indispensabile cercare di individuare quali siano le classi di pazienti che realmente potrebbero trarre beneficio dalla sua assunzione. Per raggiungere questo scopo è necessario lavorare con grandissimo impegno sulle attese di vita dei pazienti, la loro età, la tipologia del tumore che vogliamo curare, eventuali storie pregresse di malattia, il ricorso a precedenti schemi di cura e così via.

In Oncologia, forse più che in altri campi della Medicina, appare sempre rilevante la condivisione di idee e di intenti tra tutti i professionisti coinvolti; non si possono dare messaggi diversi fra di loro perché così facendo si finirebbe inevitabilmente per giocare al rialzo, alterando i rapporti che da sempre legano i medici ai propri pazienti.

A proposito di questi ultimi soggetti vorrei brevemente affrontare una questione di estrema delicatezza. Bisogna avere il coraggio di dire che anche i pazienti sono in fondo portatori di interessi e questo necessariamente si riflette sulla sostenibilità delle scelte che si devono fare in Oncologia e sulle modalità di reinvestimento dei soldi in questo modo risparmiati.

FALCONE – Concordo molto con Gianni Amunni che sia inevitabile che i costi legati alla cura dei tumori, anche farmacologica, siano destinati ad aumentare e che già oggi in oncologia vi è un elevato livello di appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci, ed in par-

ticolare dei farmaci ad alto costo. E quindi come garantire in futuro la sostenibilità delle cure? Certamente è necessario fare il massimo sforzo per identificare i sottogruppi di pazienti che effettivamente beneficiano del farmaco e non trattare inutilmente o con scarsi benefici gli altri e questo oggi è spesso possibile anche grazie ad esami molecolari. Ma questo non basta! Non sempre è facile o possibile identificare questi sottogruppi di pazienti, e comunque il costo delle terapie per il sistema sanitario rimane generalmente molto elevato. Bisogna allora assolutamente cercare di definire al meglio a da subito il "valore clinico" e non solo l'efficacia di una nuova cura e sulla base di questo "valore clinico" stabilirne il prezzo "giusto" e "sostenibile". Questo purtroppo oggi non avviene, o avviene in maniera assolutamente insoddisfacente a livello degli organi deputati all'immissione in commercio dei nuovi farmaci, quali l'FDA negli Stati Uniti d'America e l'EMA in Europa.

MAIO – La questione economica anche in Oncologia non può prescindere dalla valutazione dei risultati ottenuti. In questo senso bisogna riconoscere che negli ultimi 20 - 25 anni per quanto riguarda il cancro del polmone, nonostante i molti farmaci comparsi sul mercato, l'aumento della sopravvivenza dei pazienti è stato del tutto marginale. Le cose stanno oggi cambiando molto rapidamente perché anche in Italia da qualche giorno è disponibile attraverso il SSN un nuovo farmaco immunoterapico (nivolumab) di indubbia efficacia in particolare nella variante squamosa non a piccole cellule del cancro del polmone pretrattato. Si tratta di una molecola che ha dimostrato di essere in grado di raddoppiare la sopravvivenza ad un anno, riducendo inoltre anche significativamente gli effetti indesiderati tipici del trattamento chemioterapico standard con docetaxel fino ad oggi impiegato. Il beneficio legato a questa nuova opzione di cura è stato tanto evidente che gli studi clinici che la riguardavano sono stati interrotti addirittura prima della conclusione per la dimostrata superiorità del trattamento immunoterapico rispetto alla chemioterapia!

Ovviamente a questo punto la questione economica torna ancora una volta alla ribalta ed è mandatorio fare una seria riflessione se sia più conveniente investire sul "nuovo" oppure continuare a pagare ancora a costi notevolissimi "vecchi" farmaci che oggi appaiono decisamente superati.

TOSCANA MEDICA – La complessità di una condizione neoplastica (valutazione genetica, percorso diagnostico, terapia personalizzata, qualità della vita, percentuali di sopravvivenza) può essere più valutata anche in termini economici oltre che clinici?

DI COSTANZO – In campo oncologico i farmaci incidono in percentuali variabili dal 5 al 20% ed i dati più attendibili in questo campo arrivano per lo più dagli Stati Uniti che tra l'altro ne rappresentano anche i maggiori produttori.

Si stima che negli USA la spesa farmaceutica arriverà nel 2020 a circa 150 milioni di dollari, verosimilmente con ripercussioni evidenti in un mondo ormai globalizzato. Appare perciò evidente la sempre maggiore importanza della cosiddetta "medicina di precisione" basata sulla selezione delle classi di pazienti e della tipologia di malattia da trattare. I professionisti del settore devono pertanto potere disporre di dati esaurienti per indirizzare scelte di cura e costi verso la maggiore appropriatezza degli interventi.

A questo proposito entriamo nel campo clinico, con un occhio però alla questione di costi.

Per quanto riguarda il cancro del polmone la stragrande maggioranza dei pazienti affetti potrebbe beneficiare delle nuove opzioni di cura con tutto quello che ne consegue in termine di sostenibilità economica. In Italia infatti abbiamo ogni anno circa 43.000 casi incidenti di questa neoplasia (nel 30% della variante squamosa) con circa 33.000 decessi.

"Costano" tanto anche il cancro gastrico e quello del fegato ed ancora oggi, in assenza di una tipizzazione biomolecolare della malattia neoplastica, dobbiamo accontentarci di una appropriatezza delle scelte di natura essenzialmente clinica.

Diverso è il discorso, sia clinico che economico, relativo al melanoma che con le sue 11.000 nuove diagnosi annue causa nel nostro Paese circa 1.900 decessi.

Di questa situazione i sistemi sanitari devono assolutamente tenere conto, per evitare che anche da noi si arrivi a situazioni drammatiche come quelle verificatosi negli Stati Uniti dove alcuni pazienti con cancro al polmone hanno dovuto pagare fino a 80.000 dollari in un anno, solo in parte rimborsati dalle compagnie di assicurazione.

TOSCANA MEDICA – A chi può rivolgersi il decisore pubblico per dare fondamento e sostanza alle proprie decisioni?

NUTI – Io credo che due osservazioni siano particolarmente importanti. La prima riguarda il concetto di "diritto governato all'innovazione" prima ricordato dal Prof. Amunni che penso possa fornire al decisore pubblico informazioni particolarmente incisive per qualsiasi processo decisionale.

La seconda osservazione è relativa alla sostanziale omogeneità di trattamenti che si osserva in Oncologia, a differenza di molti altri settori della Medicina, per cui ad oggi farsi curare in Lombardia o in Sicilia è sostanzialmente la stessa cosa perché, una volta effettuata una corretta diagnosi, si seguono protocolli di cura condivisi.

Peraltra la strada da fare è ancora moltissima come dimostrano, ad esempio, le grandi differenze che esistono da Regione a Regione nei criteri di autorizzazione all'utilizzo dei farmaci di più recente introduzione.

Per questo torno a ripetere che è fondamentale che i professionisti prendano in mano la gestione della situazione, ragionando in maniera condivisa sulle scelte di cura, i risultati ottenuti e gli *outcome*, la spesa da destinare ad ogni singolo intervento. In questa maniera si potrebbe davvero raggiungere un'adeguata responsabilizzazione di chi in ultima analisi deve usare tutti i giorni le nuove opzioni terapeutiche, evitando pericolose variazioni da Regione a Regione. Senza poi raggiungere il caso estremo dell'Ontario canadese, dove vi è un sistema sanitario a copertura universale che però non comprende i nuovi farmaci oncologici che rimangono a totale carico dei pazienti.

ARNETOLI – Alla luce di tutte le considerazioni ascoltate, quando si afferma il "diritto governato all'innovazione", alcune attuali decisioni delle Agenzie regolatorie lasciano onestamente un po' perplessi. Perché per esempio i medici di medicina generale in Italia non possono iniziare autonomamente terapie con i nuovi anticoagulanti orali, dimostratisi estremamente efficaci nel tromboembolismo e nella gestione delle complicanze tromboemboliche della fibrillazione atriale, oppure con gli incretino mimetici e gli inibitori della DPP IV, farmaci ormai indispensabili per alcuni pazienti diabetici? Limitare la possibilità prescrittiva ai soli specialisti al fine di contenere le spese, non appare una scelta oculata e rappresenta invece un motivo di disegualianza nell'accesso alle cure considerando che non si dispone di risorse specialistiche in grado di intercettare tutti i soggetti che si gioverebbero

di tali terapie. E sempre parlando di "diritto governato all'innovazione" come si può accettare che per il momento, i nuovi farmaci per l'epatite C, che in gran parte dei casi sono in grado di eradicare la malattia, siano messi a disposizione solo di una quota di malati?

È pertanto veramente ammirabile l'impegno rigoroso dei colleghi oncologi nella ricerca dell'appropriatezza delle terapie oncologiche perché, come da loro stessi riconosciuto, troppo spesso in passato si sono utilizzate ingentili risorse per terapie di scarsa o nulla efficacia.

Ai MMG spetta il compito di collaborare con gli specialisti nella gestione di queste terapie innovative, di essere anch'essi rigorosi nella ricerca dell'appropriatezza in ogni loro attività terapeutica e diagnostica allo scopo di liberare risorse da destinare alle nuove costose terapie e infine è di loro pertinenza il compito di sviluppare e diffondere modalità di prevenzione primaria che resta l'arma più efficace nella lotta contro i tumori e cioè la messa in atto di stili e comportamenti di vita che ne impediscano lo sviluppo.

TOSCANA MEDICA – *I diritti in Sanità devono per forza essere governati. Il tumore purtroppo ancora oggi continua a rappresentare nell'immaginario di molte persone il fallimento della Medicina moderna; non per niente per i medici è più facile entrare in relazione con un cardiopatico grave che con una signora con un piccolo nodulo al seno ancora da identificare correttamente. In Oncologia si possono adattare/ridurre le regole di sperimentazione sull'uomo?*

MAIO – Secondo me gli *shortcuts* in Oncologia non sono assolutamente necessari e le sperimentazioni devono seguire il loro percorso ormai ampiamente validato a livello internazionale. Quello che però dobbiamo considerare è che oggi sono cambiate le modalità di fare ricerca clinica e che la velocità di comparsa sul mercato di nuovi farmaci è incredibilmente aumentata. Per esempio un nuovo farmaco per la cura del cancro del polmone e del melanoma che a breve sarà disponibile anche in Italia ha iniziato la sperimentazione clinica soltanto nel 2012 e nel 2015 aveva già ricevuto l'autorizzazione dall'Agenzia regolatoria statunitense. Fino a poco tempo fa questo percorso richiedeva almeno dieci anni, contro i tre attuali. Questa velocità è ovviamente legata all'efficacia dei nuovi prodotti, tale da potere permettere in alcuni casi l'in-

terruzione dello studio prima ancora dei tempi stabiliti al momento della sua concezione, scelta eticamente assolutamente condivisibile perché rende immediatamente disponibili per i pazienti le più recenti novità di cura.

AMUNNI – È chiaro che quando parliamo di Oncologia, qualsiasi ragionamento non può prescindere dal carico empatico che questo contesto porta con sé e dal fatto che tutto quello che può giocare su una strana variabilità di informazioni può diventare all'improvviso esplosivo.

Personalmente uno dei concetti ai quali sono più legato è quello di rete oncologica, vale a dire il passo successivo al vecchio modello organizzativo rappresentato dai singoli Istituti Oncologici. Quando in Toscana si iniziò a ragionare in termine di rete, ci dettero dei visionari ed oggi il Ministero della salute elabora linee guida per mettere in piedi questo modello e l'Europa ci coinvolge per studiare insieme quale sia la miglior strutturazione delle reti in Oncologia.

Il messaggio che deve arrivare ai cittadini è che la rete serve per offrire prestazioni omogenee, diagnostiche ed assistenziali, a livello di un determinato territorio quale potrebbe essere una Regione: il punto di forza di questa organizzazione è in fondo puntare sulla qualità coniungandola all'uniformità delle prestazioni offerte.

Secondo me questo concetto non è ancora sufficientemente chiaro a livello di popolazione, la quale deve invece essere convinta che da qualunque parte acceda al sistema troverà sempre e dappertutto professionisti che parlano lo stesso linguaggio e condividono le medesime idee.

Ovviamente ai pazienti non può essere chiesto un atto di fede e l'omogeneità che anche in Toscana così intensamente ricerchiamo deve essere supportata da numeri e dati che illustrino con precisione quello che facciamo e quello che potremmo migliorare.

Accanto a questo vorrei ricordare l'importanza enorme dei trials clinici che rappresentano un'opportunità eccezionale sia per i sistemi sanitari perché abbattono i costi sia per i pazienti considerato che nel 90% dei casi anticipano i nuovi standard di cura rendendoli disponibili per chi realmente ne abbia necessità.

A mio modo di vedere questo è il modo per garantire la tranquillità ai cittadini e per limitare le spese legate agli interventi sanitari.

DI COSTANZO – Anche secondo me la rete oncologica è oggi il migliore modello possibile per vedere garantite appropriatezza e sostenibilità dei nostri interventi, in particolare per quanto riguarda le spese enormi che dovremmo affrontare per i farmaci di più recente concezione. Quello che mi preoccupa sono però le differenze che ancora esistono tra Regione e Regione, quando si dovrà decidere se spendere tanti soldi per trattare pochi pazienti per offrire loro solo un limitato beneficio in termini di sopravvivenza e di qualità della vita. Per gestire questa situazione credo sia assolutamente necessaria una sorveglianza a livello centrale, al momento identificabile in AIFA. Proprio AIFA, tra l'altro, ha calcolato che nel 2015 il costo degli farmaci monoclonali è aumentato del 24%.

FALCONE – Credo però che anche nell'immaginario collettivo il significato della diagnosi di tumore stia cambiando rapidamente e sia già molto cambiata soprattutto nei pazienti meno anziani. Tutti i giorni vediamo e curiamo moltissimi pazienti che non vivono la diagnosi come un fallimento della medicina, ma con fiducia nelle cure e voglia di combattere e con cui non è assolutamente più difficile relazionarsi che con un grave cardiopatico. Riguardo le regole della sperimentazione queste non vanno assolutamente ridotte, anzi. Anche per i costi che l'immissione in commercio di nuovi farmaci potrebbe causare, oltre che per motivi etici, le regole dovranno essere sempre più rigorose ed attente e se necessario anche maggiori di quelle attuali.

TOSCANA MEDICA – *I nuovi farmaci, in Oncologia come in altri settori della Medicina, muovono quindi enormi masse di denaro. È ipotizzabile in questo scenario un intervento da parte dell'industria a favore della sostenibilità dei sistemi sanitari, oppure saranno sempre e comunque le regole del mercato e del profitto a prevalere?*

AMUNNI – Io credo che l'industria dovrà necessariamente considerare questo aspetto di "aiuto" nei confronti dei sistemi sanitari visto che, in tempi di grandi ristrettezze economiche, il continuo gioco al rialzo e la ricerca di guadagni esponenziali alla fine potrebbero causarle danni di eccezionale gravità. L'interesse dell'industria e quello dei siste-

mi sanitari alla fine secondo me presentano molti più punti di convergenza di quanto si potrebbe immaginare, ovviamente in presenza di regole chiare ed obiettivi condivisi: in buona sostanza la sopravvivenza di entrambi è reciprocamente coinvolta nelle medesime dinamiche di azione.

NUTI – Nel medio e lungo termine è ovvio che le industrie cercheranno sempre di più di instaurare rapporti di collaborazione con i sistemi sanitari, visto che alla fine stiamo parlando della sopravvivenza di entrambi questi soggetti. In questo scenario più o meno consolidato, si affacciano però oggi alcuni Paesi emergenti che non intendono rispettare le regole del gioco per garantire ai propri cittadini i migliori livelli possibili di salute e che mettono in crisi il normale modo di lavorare delle industrie. Appare pertanto necessario studiare delle nuove forme di organizzazione del lavoro e della ricerca a livello globale, individuando meccanismi chiari e trasparenti che permettano a tutti i soggetti interessati di conseguire e consolidare il proprio tornaconto, anche economico.

DI COSTANZO – Sono d'accordo prof.ssa Nuti, però devo riconoscere che qualsiasi cambiamento in materia in Italia creerà certamente enormi problemi a causa degli scarsi investimenti disponibili per la ricerca e la devastante burocrazia che ancora oggi impera nel nostro Paese. In Italia abbiamo moltissimi validi ricercatori, cerchiamo di metterli nella migliore condizione per portare avanti il loro lavoro.

FALCONE – Certamente l'industria deve essere ancora maggiormente coinvolta con interventi a favore della sostenibilità, ma questo potrà portare, a mio parere, solo a risultati limitati se non avviene all'interno di nuove regole per la registrazione e la definizione del prezzo dei nuovi farmaci. Se queste nuove regole non vengono implementate, e mi riferisco ad esempio a quanto dicevo prima sull'importanza di misurare il "valore clinico" di una nuova terapia, le regole che prevarranno saranno quelle del mercato e del profitto che in sanità non potranno garantire in futuro l'accesso a tutti i pazienti ai trattamenti più innovativi e magari più efficaci, ma anche più costosi.

ANTONIO PANTI

Novità vere e costi che aumentano

Da più di cent'anni, la Scienza sospetta che il legame fra sistema immunitario e patologia oncologica sia particolarmente forte. Ormai è noto che la diminuzione delle difese immunitarie faccia perdere il controllo sulle cellule cancerogene e pendere la bilancia a favore dell'ospite patologico. Ecco quindi che i nuovi farmaci bersaglio, che agiscono attraverso il sistema immunitario, rappresentano non solo la conferma di un'acquisizione scientifica, ma una novità terapeutica importantissima. Un'innovazione che si inserisce nel *trend* moderno della medicina di precisione, quella che colpisce bersagli individuali e quindi promette risultati significativi. Ad oggi la risposta a questi farmaci è limitata al melanoma e ad alcune forme di tumore polmonare, ma la strada che si è aperta è ricca di promesse attraverso una sorta di rieducazione del sistema immunitario. Ad oggi queste terapie si affiancano a quelle tradizionali ed è altrettanto chiara la differenza rispetto ai vaccini oncologici, che in realtà prevengono la patologia dalla quale si può sviluppare un tumore, ad esempio del collo uterino o un epatocarcinoma. I nostri esperti sostengono che queste nuove strade, fortemente specialistiche, esigono una crescita culturale di tutti i medici e un ulteriore miglioramento del rapporto con il medico generale che segue il paziente a domicilio. Questa novità è paradigmatica di uno dei migliori problemi della sanità, e cioè il rapporto fra il costo di una terapia, il diritto di tutti a riceverla (equità) e la sostenibilità economica. Come districare una questione così complessa? Intanto omogeneizzando il comportamento delle aziende sanitarie; poi con una corretta registrazione della casistica e una precisa identificazione dei pazienti; infine il problema vero è definire

le priorità. Come si sceglie e come si evita di ritrovarsi nella situazione di quasi tutti i Paesi del mondo in cui chi vuole curarsi con questi farmaci li paga di tasca propria? Altresì è vero che i risultati e la tendenziale cronicizzazione delle malattie a seguito di queste terapie deve influenzare il conto economico. È fondamentale che i professionisti definiscano percorsi oncologici comuni e che vi sia un'attenzione alla sostenibilità, non solo clinica ma anche organizzativa. Insomma, non esiste un diritto all'innovazione ma un "diritto governato alla innovazione" nella cui definizione siano coinvolti i cittadini. Su un tema come questo occorre ottenere la partecipazione e la condizione di tutti gli attori, se vogliamo garantire i vantaggi che l'oncologia ci promette e far fronte al drammatico aumento dei costi. Uno sforzo di responsabilizzazione congiunta dei medici, delle amministrazioni, dei politici e dei cittadini onde razionalizzare queste prescrizioni. Tuttavia di fronte al carico empatico della malattia cancerogena la migliore difesa è la rete che offre le stesse possibilità e parla lo stesso linguaggio a tutti i pazienti. Infine la sperimentazione diffusa in tutte le sedi può accelerare i tempi e così rispondere al concreto bisogno di rapidità di introduzione in commercio di questi farmaci. Quindi nessuna decurtazione sul corretto percorso delle sperimentazioni, ma diffusione di queste e maggior rapidità nella raccolta dei risultati anche attraverso un eventuale sistema nazionale di controllo. L'industria chimica non può non collaborare a progetti del genere anche perché la sua sopravvivenza è legata alla reale possibilità di impiego di farmaci sempre più costosi. Insomma trasparenza, responsabilità e organizzazione dovrebbero farci evitare derive verso l'iniquità.

Si ringrazia MSD Italia Srl
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione

CARLO PALERMO

È possibile lavorare meglio

Il tema delle liste d'attesa periodicamente riemerge, come un fiume carsico, alla superficie del dibattito politico in sanità. Questa volta è stato il Presidente della Giunta della Regione Toscana Enrico Rossi ad aprire le schermaglie, stigmatizzando in più interviste il rapporto, secondo lui perverso, che esisterebbe tra liste d'attesa e libera professione intramoenia (LPI).

Le liste d'attesa sono una caratteristica strutturale di tutti i sistemi sanitari pubblici ove i pazienti non sono chiamati a pagare la prestazione di tasca propria ed il tempo di accesso ai servizi, e non la disponibilità a pagare, ha il ruolo di trovare un equilibrio tra domanda ed offerta. I tempi d'attesa rappresentano il risultato di fenomeni complessi quali la disponibilità di tecnologie diagnostiche e di terapie sempre più sofisticate, il cambiamento demografico ed epidemiologico in atto con l'aumento di malattie ad andamento cronico che richiedono frequenti controlli clinici, la crescente domanda di salute legata alla maggiore informazione e consapevolezza dei cittadini, ma anche l'influenza che su di essi esercita lo sviluppo di un (super)mercato della salute, esterno al SSN, che marcia indisturbato a grandi passi verso il trionfo inflazionario della medicina e della medicalizzazione pervasiva della società.

Le leggi vigenti garantiscono il diritto dei medici a esercitare una professione liberale e il diritto del cittadino di scegliersi un medico di propria fiducia in un periodo critico della sua vita. Il SSN offre i servizi, la singola prestazione chirurgica o diagnostica, ma non può sempre garantire quale medico la eseguirà, per ovvi motivi organizzativi, resi ancora più critici dal sistematico de-finanziamento del SSN che ha caratterizzato questi anni di crisi economica. La libera professione intramoenia permette questa scelta.

La libera professione intramoenia rappresenta, a ben guardare, un valore aggiunto per le Aziende sanitarie e la possibilità per gli utenti di acquisire prestazioni diagnostiche e terapeutiche sicure e di qualità, in quanto garantite dal SSN. I dati relativi alla libera professione in regime ambulatoriale indicano come essa rappresenti meno dell'8% dell'attività svolta in regime istituzionale mentre quella in regime di ricovero non supera lo 0,4% (esattamente 31.900 dimessi in libera professione contro 8.900.000 in regime ordinario). L'attività istituzionale è quindi ampiamente prevalente su quella libero-professionale con rapporti molto lontani dai limiti massimi indicati dalle leggi e dai contratti.

E francamente, anche in termini di logica matematica, non si capisce come l'abrogazione della LPI possa determinare l'azzeramento delle attese dei pazienti.

La libera professione intramoenia, piuttosto, contribuisce a contenere il fenomeno delle liste d'attesa permettendo l'accesso ad un canale sostenuto dal lavoro aggiuntivo dei professionisti, spesso a costi calmierati e ad imposizione fiscale certa. Inoltre, essa rappresenta per le Aziende sanitarie una delle possibilità per acquisire con proprio personale prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali, anche in regime di ricovero, intercettando ed introitando denaro che altrimenti andrebbe ad alimentare il settore privato. In base ai dati pubblicati e riferiti al 2013, l'introito annuale globale è di circa 1,15 miliardi di €, di cui circa 400 milioni € sono incamerati dallo Stato come tasse, mentre la quota a favore delle aziende sanitarie è stata di circa 220 milioni di € (fonte: Osservatorio nazionale per l'attività libero professionale del Ministero della Salute).

Pensare che quello della libera professione sia il meccanismo principale che impedisce agli ammalati l'accesso equo ai servizi è certamente fuorviante. Dove lo mettiamo il rilevante taglio delle risorse destinate al finanziamento del SSN dal 2011 al 2015? I 54 miliardi di tagli calcolati da Cittadinanzattiva non incidono sui diritti dei cittadini? I pensionamenti e le gravidanze del personale senza sostituzione, il massiccio taglio dei posti letto non degradano l'organizzazione dei servizi e non prolungano le liste d'attesa? La non corrispondenza tra bisogni dei cittadini e flussi finanziari centrali si traduce nelle singole Aziende sanitarie in fatti molto concreti: oltre al blocco del *turn over*, abbiamo le limitazioni degli acquisti di beni e servizi (farmaci, protesi, device, kit diagnostici, kit chirurgici....), il mancato rinnovo delle tecnologie mediche, i ridotti investimenti in formazione del personale. Nessuno ha mai sentito parlare di taglio delle sedute operatorie per mancanza di risorse? Quanto pesa tutto ciò sui tempi d'attesa? Meno del diritto a effettuare la libera professione? E perché mai nessuno ne parla?

È evidente, con l'abolizione della libera professione intramoenia, il rischio di regalare al privato, che si sta attrezzando con prestazioni *low cost*, quote economiche importanti contribuendo al de-finanziamento della sanità pubblica e di impedire a medici dotati di elevate conoscenze professionali e sofisticate capacità tecniche di metterle a disposizione dei cittadini dopo aver svolto il proprio lavoro istituzionale.



Carlo Palermo,
Vice Segretario Nazionale
Vicario Anaaq Assomed.

La realtà è che tutti i Dirigenti medici e sanitari del SSN sono stanchi di questo andazzo. Sono stanchi di essere considerati delle *trivial machine* utili solo alla produzione indistinta di prestazioni sanitarie, sono stanchi di far fronte con una flessibilizzazione estrema delle loro condizioni di lavoro al calo drastico delle risorse. Altro che visione etica della sanità come da più parti prospettato. Qui avanza una sorta di "neo taylorismo" nell'organizzazione dei servizi sanitari, dove il tempo di relazione, l'ascolto del paziente e dei suoi bisogni è considerato un tempo morto. Insomma, dall'"operaio bue" teorizzato dall'ingegner Frederick Winslow Taylor stiamo lentamente ma inesorabilmente passando al "medico bue" o, se si preferiscono le teorizzazioni di McKinlay e Arches, a una condizione di "proletarizzazione" del lavoro medico,

intesa come perdita di controllo del professionista sulle proprie condizioni di lavoro. I medici ospedalieri trovano nell'attività libero professionale quell'autonomia e quella gratificazione professionale che oggi le aziende sanitarie mettono in discussione.

È evidente, in definitiva, il rischio di regalare al privato che si sta attrezzando con prestazioni *low cost* quote economiche importanti contribuendo al de-finanziamento della sanità pubblica e di impedire a medici dotati di elevate conoscenze professionali e sofisticate capacità tecniche di stare sul mercato.

Una politica "tafazziana" in cui a vincere sarà solo chi sta fuori dal sistema. In fondo al tunnel c'è solo il buio di un SSN povero per i poveri.

TM



Marco Masoni, specialista in Medicina Nucleare, lavora presso la Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze, dove si occupa di Consumer Health Informatics ed e-learning, argomenti sui quali, rispettivamente, ha pubblicato *Ricerca e qualità dell'informazione medica disponibile in Internet* edito da EDIMES (2006) e *E-learning in Sanità* edito da Springer (2011). È inoltre Autore di articoli pubblicati sul British Medical Journal.

M. MASONI¹, M.R. GUELF¹, G.F. GEN²

Le app per l'aggiornamento professionale del medico

Dopo avere descritto il *paradigma del mobile learning*, cioè l'accesso a materiali formativi digitali mediante dispositivi mobili, in questo secondo contributo illustriamo le principali e più diffuse applicazioni per l'aggiornamento professionale del medico. Maggiori approfondimenti sono disponibili nel capitolo "Le App per la formazione" di Guelfi MR, Masoni M, Lenzi A, Gensini GF, del Volume Macellari V, Fouillouze O, Gensini GF (a cura di) *App Medicali nella Borsa del Medico 2015 - 24 Ore Cultura Milano*.

Per *e-learning* si intende l'uso delle Tecnologie per l'Informazione e la Comunicazione (TIC) per creare ambienti di apprendimento aperti, flessibili interattivi e distribuiti, da fruire in modo autonomo o tramite attività collaborative. Uno dei principali vantaggi dell'*e-learning* è la possibilità di accedere ai materiali didattici indipendentemente dalla locazione spaziale e da considerazioni temporali.

Ai dispositivi mobili si associa il *paradigma del mobile learning*, che possiamo definire come l'erogazione di materiali formativi digitali su dispositivi mobili (telefoni cellulari, palmari, smartphone, tablet e lettori MP3). Il *mobile learning* è parte dell'*e-learning*, ma acquisisce specifiche caratteristiche quando immaginiamo i dispositivi mobili come strumenti che modificano ed

estendono le possibilità di connessione alla rete Internet: *anyhow, anytime, anywhere*. Chi possiede un *mobile device* è una persona "always on", continuamente connessa ovunque sia presente un segnale wi-fi, che può usufruire della rete in ogni momento e quando necessario.

Non abbiamo molti studi statistici che ci informano sulla diffusione dei dispositivi mobili tra i medici e su quanti di loro hanno installato sul proprio dispositivo applicazioni *software*, definite *App*, programmi creati con lo scopo di rendere più specifiche e/o estendere le funzioni di questi piccoli computer. Un sondaggio pubblicato nel 2012 dal *Accreditation Council for Graduate Medical Education* ha dimostrato che oltre l'85% di coloro che hanno risposto hanno usato uno smartphone e una metà di loro almeno un'applicazione mobile su base giornaliera: principalmente guide per i farmaci, calcolatori medici, gestogrammi o *software* per individuare codici identificanti particolari patologie.

Esistono numerose app utili per l'aggiornamento del medico e dello specialista, tanto che è difficile orientarsi di fronte a una offerta così variegata. Di seguito descriveremo alcune tra le più importanti e diffuse app per la formazione, relativamente alle quali dichiariamo di non avere conflitti di interesse.

¹ Unità di Ricerca Innovazione Didattica e Educazione COntinua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze

² Professore di Medicina Interna, Università degli Studi di Firenze.

The screenshot shows the Epocrates mobile application's home screen. At the top, there is a navigation bar with links to "Explore features", "Advertise with us", and a prominent orange "Buy now" button. Below the navigation bar, the title "Epocrates" is displayed along with the tagline "an athenahealth service". To the right of the title is a link to "Epocrates Online" and a phone number "800.230.2150". The main content area features a large smartphone icon displaying the Epocrates app's interface. The app's home screen includes a search bar at the top, followed by several functional icons: "Drugs", "Interaction Check", "Pill ID", "ICD-9", "Guidelines", "Diseases", "Notifications", "athanaText", "Essential Points", "Contact Manufacturer", "Alt Meds", and "Labs". Each icon is accompanied by a small descriptive graphic. To the right of the smartphone icon, there is a callout box with the text "Explore all features" and a circular arrow icon. Below the smartphone icon, there are four additional callout boxes, each highlighting a specific feature: "Check for potentially harmful interactions between up to 30 drugs at a time.", "Review evidence-based, patient-specific guidelines condensed for the moments of care.", "Consult in-depth, peer-reviewed disease content developed in collaboration with BMJ.", and "Look up concise monographs for popular herbs and other supplements.". At the bottom left of the main content area, there is a large orange "Sign up now" button with a white arrow pointing to the right, and below it, smaller text "or Login".

Figura 1 - Le principali funzionalità di Epocrates.

Il primo dei software più utilizzati è **Epocrates** (<http://www.epocrates.com/>), una app gratuita integrata che fornisce numerose funzionalità come guida ai farmaci, sistemi per l'individuazione di effetti collaterali in seguito a politerapia (*Drug Interaction Checker*), sistemi di supporto alla decisione clinica, applicativi per la comunicazione, sistemi per l'accesso remoto a cartelle cliniche e software per la ricerca di materiali didattici multimediali. (Vedi Figura 1)

Come Epocrates, anche **Medscape** (<http://www.medscape.com/>) è un'applicazione gratuita che consente di accedere a informazioni sui farmaci. Medscape fornisce tuttavia l'accesso a molte altre risorse multimediali quali accurate sintesi di patologie prodotte da specialisti di disciplina, revisioni di procedure mediche e calcolatori clinici, oltre all'accesso a Medline e a news provenienti dal mondo medico-scientifico.

DynaMed (<http://www.dynamed.com/>) è un'utile applicazione prodotta da EBSCO Publishing, un'organizzazione che fornisce servizi principalmente per biblioteche ma anche per singoli utenti, che contiene un ampio database

relativo a patologie e farmaci, il cui contenuto è ottimizzato per dispositivi mobili.

Diagnosaurus (<http://books.mcgraw-hill.com/medical/diagnosaurus/index.html>), prodotto da McGraw-Hill, è una app per la diagnosi differenziale avente lo scopo di ricordare al medico eventuali patologie che può non avere considerato ed evitare ritardi nell'individuazione della malattia.

Un interessante calcolatore clinico per la valutazione di indici, punteggi e parametri del nostro organismo è **Calculate by QXMD** (<http://www.qxmd.com/apps/calculate-by-qxmd>), che costituisce anche uno strumento di supporto alla decisione clinica.

Certamente utile è possedere un dizionario medico sul proprio smartphone, che può essere consultato rapidamente soprattutto da medici in formazione. Gratuito è il **Free Medical Dictionary** (<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/>), mentre a pagamento è l'accesso al **Taber's Medical Dictionary** (<http://www.tabers.com/tabersonline/mobile>).

Instapaper (<https://www.instapaper.com/>)

APPS PER LA FORMAZIONE		
Nome	Descrizione	Costo
Epocrates http://www.epocrates.com/	App integrata che fornisce una guida gratuita e aggiornata ai farmaci, informazioni sul loro dosaggio e sugli effetti collaterali, come pure sistemi per l'individuazione di interazioni in pazienti sottoposti a politerapia.	Free
Medscape https://itunes.apple.com/us/app/medscape/id321367289?mt=8	App gratuita che consente di ricercare informazioni sui farmaci oltre ad offrire la possibilità di accedere a risorse multimediali utili per la cura del paziente.	Free
DynaMed http://www.dynamed.com/	App che contiene un ampio database relativo a patologie e farmaci, il cui contenuto è ottimizzato per dispositivi mobili.	Free
Diagnosaurus http://books.mcgraw-hill.com/medical/diagnosaurus/index.html	App prodotta da McGraw-Hill per la diagnosi differenziale	€
Calculate by QXMD http://www.qxmd.com/apps/calculate-by-qxmd	Calcolatore clinico e strumento di supporto alla decisione.	Free
Free Medical Dictionary http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/	App che consente di consultare dal proprio smartphone un dizionario medico.	Free
Taber's Medical Dictionary http://www.tabers.com/tabersonline/mobile	App per accedere ad un dizionario medico dal proprio smartphone.	€
Instapaper https://www.instapaper.com/	App gratuita che consente di salvare e memorizzare un articolo per una successiva lettura offline.	Free
Prognosis: Your Diagnosis http://www.prognosisapp.com/	Le Prognosis apps sono una serie di supporti alla formazione medica progettati per medici, infermieri, studenti in medicina e altri professionisti sanitari.	Free
Eye Handbook http://www.eyehandbook.com/	App gratuita sulla oftalmologia	Free

Tabella 1 - Alcune delle principali app per la formazione per i professionisti sanitari.

è una app gratuita che consente di salvare e memorizzare un articolo per una successiva lettura offline. Benché esistano altre app che forniscono la funzione "leggo dopo" Instapaper consente una lettura più confortevole con la possibilità di scegliere la misura del *font*, la spaziatura tra le righe e il colore del *background*.

Un'importante app per la formazione del medico e del professionista sanitario è **Prognosis: Your Diagnosis** (<http://www.prognosisapp.com/>) che comprende centinaia di casi clinici correlati alle principali discipline e che rappresentano uno strumento importante per abituare il medico ad assumere decisioni cliniche corrette. Tutti i casi simulati sono verificati da un comitato di esperti internazionale.

Recentemente si sono diffuse in rete app che facilitano la fruizione di *Open Educational Resources*, risorse educative aperte alla consultazione, all'uso e adattabili da parte di comunità di utenti per scopi non commerciali. Una delle più note è **The Eye Handbook** (<http://www.eyehandbook.com/>), una app gratuita per la oftalmologia che i docenti di questa disciplina

possono riutilizzare liberamente all'interno dei loro corsi universitari.

La Tabella 1 riassume le app descritte. All'interno del sito **iMedicalApps** (<http://www.imedicalapps.com/>), leader nella pubblicazione online per professionisti sanitari pazienti e analisti interessati alla tecnologia mobile in medicina e alle app dedicate alla salute, è possibile reperire le migliori app suddivise per disciplina.

Terminiamo affermando che l'elevato numero di app per l'aggiornamento professionale presenti sul mercato e i considerevoli investimenti nel settore mobile che viene considerato strategico per le economie dei paesi sviluppati contrasta con la scarsa quantità di studi in questo settore. Sono necessarie ulteriori ricerche per capire in quali occasioni e modalità è utile servirsi dei dispositivi mobili, per confermare o smentire le promesse che accompagnano la loro progressiva diffusione.

TM

Info: m.masoni@med.unifi.it

M. VARESE, F. BALESTRACCI¹, R. MUSETTI², P. SALVESTRONI³,
M. PATERNÒ⁴, M. MIGNAVACCA⁵, M. PUCCI⁶



Prevenzione primaria nelle Dipendenze

L'esperienza del Ser.T Zona Apuane Asl1 Massa-Carrara

Il Ser.T. Zona Apuane (Z.A.) dell'Asl 1 di Massa Carrara offre una serie di servizi volti a sensibilizzare, informare e supportare i ragazzi degli istituti scolastici. **Centri di Informazione e Consulenza (C.I.C.)** sono stati costituiti con **DPR del 9/10/1990 n° 309** all'interno delle scuole secondarie superiori e regolamentati con successive circolari del Ministero della Pubblica Istruzione. Il Ser.T. Z.A. da diversi anni si occupa dell'organizzazione e gestione di questi centri e nell'anno scolastico 2014/2015 il servizio è stato attivato in ben 14 istituti, presentandolo come possibilità di ascolto, confronto, condivisione, nel totale rispetto dell'anonimato. Nell'anno scolastico 2014/2015 sono stati ascoltati 124 ragazzi: 35 maschi e 89 femmine. I colloqui totali sono stati 418 con le seguenti tematiche: problemi relazionali con il gruppo dei pari e famiglia, difficoltà nella gestione delle emozioni, distorsione dell'immagine corporea con problemi alimentari, perfezionismo clinico, comportamenti a rischio (nell'ambito delle dipendenze, della legalità e della sfera sessuale) e fragilità della sfera identitaria (problemi di autostima, insicurezza e identità sessuale).

Inoltre sono stati effettuati 3 colloqui con genitori, 60 colloqui con i professori, 58 incontri con le classi su tematiche richieste dagli studenti.

Il **C.I.C. on line** mantiene l'obiettivo dell'ascolto, confronto e condivisione attraverso una diversa modalità: le richieste arrivano online tramite il sito web dei vari istituti.

Il percorso formativo ha visto il coinvolgimento di un gruppo di lavoro inter-servizi e inter-istituzionale: Servizi Asl1 di Massa Carrara, la SSD formazione sviluppo e valutazione del personale, U.F. Attività Consultoria zona Apuane dell'ASL1, il Ser.T. in qualità di capofila e la Prefettura con l'ufficio N.O.T e l'Ufficio Scolastico Provinciale.

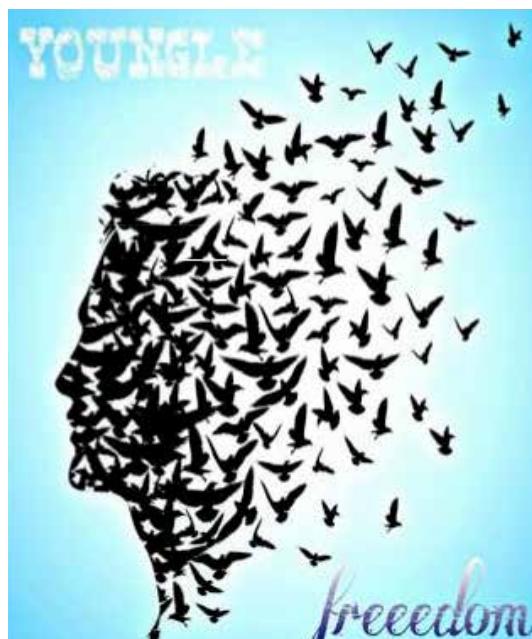
Il servizio è attivo in 8 siti web scolastici.

Creativamente, ormai giunto alla sesta edizione, è un progetto di prevenzione dell'uso/abuso delle sostanze psicoattive rivolto agli studenti di tutte le scuole della Provincia di Massa

Carrara. Il progetto, promosso dal Dipartimento delle Dipendenze, in rete con le S.S.D. Formazione e Educazione e Promozione della Salute dell'ASL1, è stato realizzato in collaborazione con l'Osservatorio Provinciale sulle Dipendenze con sede in Prefettura di Massa Carrara e la Comunità Monte Brugiana di Massa. Basato sulla strategia metodologica della *peer education*, suggerita dall'OMS, il percorso progettuale intende formare i giovani affinché acquisiscano le competenze necessarie per essere protagonisti della propria salute, diventino consapevoli delle conseguenze dei comportamenti a rischio e siano promotori di una cultura dell'agio presso i pari.

In particolare, il progetto si snoda in tre fasi principali: la formazione degli Studenti Tutor e l'aggiornamento professionale dei docenti, l'attività di Tutoraggio con la mostra didattica e l'evento pubblico conclusivo di sensibilizzazione, denominato "Meeting finale dei Tutor".

I temi affrontati sono stati quelli delle vec-



Progetto Yongle Freedon.

Maurizio Varese,
Dirigente Medico II
Livello di Farmacologia
Clinica. Master Post
Laurea di II livello
Dipendenze Patologiche:
diagnosi-trattamento-
prevenzione; Univ. di
Pl. Corso per Dirigenti
di Struttura Complessa
Laboratorio MeS, Pl.
Direttore Dipartimento
Salute Mentale e delle
Dipendenze. Direttore
U.O. Medicina delle
farmacotossicodipendenze
Asl1. Responsabile U.F.
Ser.T. Z.A. Asl1 Massa-
Carrara.

¹ Psicologa Specialista in Psicoterapia a orientamento cognitivo-comportamentale Ser.T. Z.A. Asl1 Massa-Carrara.

² Psicologa Specialista in Psicoterapia a orientamento sistemico-relazionale Ser.T. Z.A. Asl1 Massa-Carrara.

³ Psicologo Specialista in Psicoterapia a orientamento sistemicorrelazionale Ser.T. Z.A. Asl1 Massa-Carrara.

⁴ Educatore Professionale Ser.T.Z.A. e Animatore della Formazione Asl1 di Massa-Carrara.

⁵ Medico I Livello Specialista in Psichiatria Ser.T.Z.A Asl1 Massa-Carrara.

⁶ Psicologo Volontario Servizio Civile Regionale Anno 2015 Ser.T. Z.A. Asl1 Massa-Carrara.



Percorso progettuale Creativamente.



chie e nuove dipendenze, il concetto di uso, abuso e dipendenza, delle origini della droga e delle cause della dipendenza, le conseguenze dell'abuso di alcol fra i giovani, ma anche contributi sui percorsi alla legalità, il tema della sicurezza e dei sani stili di vita, legati al protagonismo giovanile e alla cittadinanza attiva.

In questi 6 anni sono stati formati 226 studenti in qualità di tutor della *peer education* e coinvolti nell'aggiornamento professionale 113 insegnati. Nell'anno scolastico 2014/2015 sono stati sensibilizzati oltre 724 studenti.

Unplugged, il cui termine significa "scollato, sconnesso" è un programma educativo/promozionale, basato sulla ricerca, che ha dimostrato la sua efficacia e che si focalizza sul rafforzamento delle capacità di resistenza all'adozione di comportamenti a rischio da parte degli adolescenti, all'interno di un modello generale di incremento delle abilità personali e sociali. La Regione Toscana ha adottato il programma di prevenzione *Unplugged*, attivando formatori locali in ciascuna Asl, fra cui l'Asl1 di Massa Carrara, per potenziare le competenze dei docenti che realizzeranno, nei prossimi tre anni, il programma nelle proprie classi. Ragaz-

zi di età compresa tra i 13-14 anni (al secondo anno di scuola media inferiore) sono coinvolti dai loro insegnanti in un programma educativo scandito in 12 unità didattiche, finalizzate ad acquisire: competenze personali, quali *problem solving, decision-making*, abilità sociali, quali l'assertività o la capacità di rifiuto, percezioni e informazioni sulle sostanze.

Il progetto *Youngle Freedom Massa Carrara* costituisce l'ultima evoluzione, in senso temporale, delle attività di prevenzione svolte dal Ser.T. Zona Apuane che valorizzano da sempre gli interventi educativi basati sull'*empowerment* della comunità di appartenenza degli individui e soprattutto sulla possibilità di abilitare i giovani alla gestione della propria salute. La caratteristica innovativa è che le attività si svolgono tutte on line: si tratta infatti di uno spazio di *counseling on line* sui *social network* gestito da pari, sperimentata da tempo con successo all'estero.

Il progetto intende valorizzare e rafforzare il patrimonio di *life skills* degli studenti che, avendo partecipato al percorso progettuale Creativamente hanno acquisito il ruolo di Tutor della *peer education*, in grado quindi di diffondere informazioni aggiornate e basate su evidenze scientifiche ai pari sui comportamenti a rischio e, con un'opportuna ulteriore formazione, diventare protagonisti del progetto di aiuto online.

TM

Info: m.varese@uslnordovest.toscana.it

SANDRO DOMENICHETTI

La coscienza alterata. Lo stato confusionale acuto

"Vi giuro, signori, che aver coscienza di troppe cose è una malattia, una vera e propria malattia."
F. Dostojevskij

Premessa La definizione di coscienza è un compito ritenuto da molti non solo difficile, ma addirittura impossibile perché ogni definizione utilizza un circolo vizioso di termini. La definizione proposta da James (1890), «consapevolezza di sé stessi e dell'ambiente che ci circonda», è quella più utilizzata dai clinici. Plum (1994) aggiunge la dimensione temporale: «consapevolezza temporalmente ordinata del sé e dell'ambiente interno ed esterno». Questo tipo di definizione, ampiamente utilizzata, soffre di "circolarità", cioè vengono impiegati termini equivalenti e che, in sostanza, sono sinonimi, quali "coscienza, consapevolezza e contenuto della coscienza". Seppure con queste limitazioni, appare possibile definire la coscienza, sul piano clinico, come un processo che coinvolge sia l'esperienza e il riconoscimento dell'unità, della continuità temporale e dei confini del sé corporeo, sia il riconoscimento e l'esperienza riferite alle proprie percezioni affettive, alle funzioni cognitive e al mondo esterno.

STATI ALTERATI DI COSCIENZA

- Stato confusionale (delirium)
- Torpore
- Stupor
- Coma
- Stato apallico (coma vigile)
- Stato vegetativo persistente
- Sindrome locked-in (paralisi di tutti i muscoli volontari del corpo)
- Ipersonnia

Fisiopatologia del delirium

L'ipotesi più accreditata è che si tratti di uno stato patologico finale di molteplici cause e che sia originato da un'alterazione della trasmissione colinergica. È la conseguenza di lesioni funzionali più che strutturali. La funzione mentale che viene danneggiata principalmente nel Delirium è quella dell'attenzione che coinvolge la corteccia prefrontale deputata al mantenimento del sistema attivo, la parietale implicata nello spostamento dell'attenzione e infine i nuclei del talamo che selezionano le informazioni sensoriali prove-

nienti dall'ARAS (Sistema Reticolare Attivatore Ascendente). Quest'ultimo sistema riveste particolare importanza. È un'area cerebrale responsabile della regolazione del risveglio e del passaggio sonno-veglia, individuata e studiata nel 1949 da Moruzzi e Magoun che così la definivano: *"Ipotesi di un generatore centrale in continua attività tranne che nel sonno e nelle lesioni della formazione reticolare a livello della parte alta del tronco-encefalo. È una entità più fisiologica che anatomica, includendo strutture del tronco encefalico e del diencefalo"*. L'input sensoriale viene trasmesso, attraverso il talamo, alle aree sensitive primarie, qui si elaborano le informazioni relative all'**attenzione selettiva**. Queste aree corticali sono connesse con altre strutture che interessano l'attenzione come il sistema limbico e i gangli della base. Il controllo ambientale e la funzione "gate" dell'attenzione possono verificarsi attraverso meccanismi di *feed-back* da queste aree al nucleo reticolare del talamo, che funge da modulatore dell'input sensoriale.

La fisiopatologia del Delirium si può riassumere in sette ipotesi (Figura 1).

Epidemiologia e prognosi

Soggetti ospedalizzati > 65enni:
 • al momento del ricovero in DEA, prevalenza del 10-25%
 • un ulteriore 10-20% sviluppa delirium nel corso del ricovero in ospedale: Reparti medici 10-48%; Reparti chirurgici 7-52%; **Frattura del femore 30%**; Stroke 13-50%; Chirurgia coronarica 23-34%; **Pazienti in Intensiva (tutte le età) 40%**, Geriatria 70%; Subintensiva 30%. (*Rahnof, Aging 2006*)

Il verificarsi di uno stato confusionale nell'anziano è associato a:

- maggior durata e costi dell'ospedalizzazione
- maggior rischio di riospedalizzazione
- maggior declino funzionale
- maggior rischio di istituzionalizzazione
- maggior mortalità a 1 e 12 mesi (La mortalità durante il ricovero è compresa tra il 22 e il 76%, le percentuali più elevate riguardano i



Sandro Domenichetti,
Psichiatra Responsabile
Unità Funzionale Salute
Mentale
Adulti Firenze.

Dal 2010 Membro
della commissione della
Regione Toscana Governo
Clinico Salute Mentale,
Collabora con l'Università
di Firenze-Clinica
Psichiatrica per gli stage
degli specializzandi del
3- 4 anno.

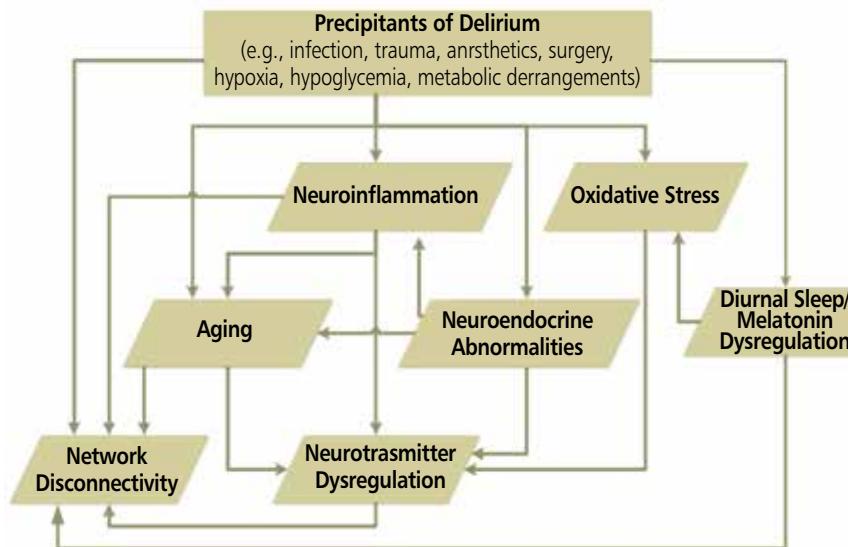


Figura 1

soggetti con sepsi e infarto miocardico, mentre la mortalità ad un anno di distanza varia tra il 35 e il 40%) (George et al., *Age Ageing*, 1997).

Diagnosi

Caratteristiche cliniche del delirio secondo il DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM 5):

1. Esordio acuto e Decoro fluttuante
2. Deficit attivo
3. Disorganizzazione del pensiero
4. Alterazione del livello di coscienza
5. Compromissione delle capacità cognitive
6. Disturbi della percezione (allucinazioni) e deliri (persecutori, falsi riconoscimenti)
7. Disturbi psicomotori (irrequietezza, rallentamento)
8. Alterazioni del ritmo sonno-veglia
9. Disturbi dell'emotività (ansia, depressione, irritabilità, apatia, euforia)

Sottotipi clinici

- **"Iperattivo"**: stato di coscienza "ipervigile", agitazione psicomotoria, disturbo delirante;
- **"Ipoattivo"**: sopore, apatia, iporeattività agli stimoli fino al coma, rischio decubito, degenza più lunga;
- **"Misto"**.

L'esordio del delirio è acuto con decorso fluttuante, si sviluppa rapidamente nel giro di ore o giorni, le fluttuazioni sono circadiane con intervalli di "lucidità", si hanno grossolane variazioni dell'attenzione in modo imprevedibile ed irregolare con accentuazione notturna. Il 70% dei casi di delirio non viene riconosciuto all'ingresso in Ospedale (soprattutto

forme ipocinetiche) (Han et al., *Acad Emerg Med*. 2009).

A seguito di un intervento di formazione sul personale, triplicano i casi di delirio riconosciuti (Rockwood et al., *J Am Geriatr Soc*, 1994).

Il riconoscimento del delirio è facilitato dall'utilizzo di strumenti di screening, validati per l'uso da parte del personale sanitario (medici, infermieri). Molto usato è il Confusion Assessment Method (CAM):



Diagnosi eziologica: primo livello

- Anamnesi
 - farmacologica (farmaci prescritti e farmaci realmente assunti, compresi i farmaci da banco e le assunzioni occasionali!)
 - tossicologica
- Parametri vitali
- Esame obiettivo generale e neurologico
- SO₂ e stick glicemico
- Esami di laboratorio di routine
- Ricerca di siti di infezione occulta (esame urinale, RX torace)
- ECG

Diagnosi eziologica: secondo livello

- Esami ematochimici selezionati: ormoni tiroidei, dosaggio di farmaci, screening tossicologico, ammoniemia, cortisolemia, vitamina B12
- Emogasanalisi
- Neuroimaging (*primo livello se non è possibile raccogliere l'anamnesi o effettuare l'esame obiettivo*)
- Puntura lombare
- EEG: globale disfunzione cerebrale, registrazione di crisi subcliniche, evidenza di danno ischemico, patterns di incerto significato (*Periodic Lateralized Epileptiform Discharges*)

Diagnosi differenziale del Deliriu

	Delirium	Demenza	Bouffé delirante
esordio	acuto	insidioso	acuto
decorso	fluttuante	insidioso	fluttuante
stato di coscienza e orientamento	confuso disorientato	mantenuti fino agli ultimi stadi	stato oniroide orientato
attenzione e memoria	disturbo della attenzione memoria a breve termine compromessa	disturbo della attenzione memoria a breve termine compromessa	attenzione < memoria non compromessa,
sintomi psicotici	frequenti	non frequenti	frequenti

Fattori di rischio

Cause principali

- Alterazioni idro-elettrolitiche
 - disidratazione (diarrea, vomito, diuretici, scompenso diabetico,...);
 - Iposodiemia, ipo- e ipercalcemia (colpo di calore)
- Infezioni: broncopolmonite, infezione urinaria, sepsi.
- Disturbi endocrino-metabolici
 - insufficienza renale ed epatica;
 - ipoglicemia, ipertiroidismo, iposurrenalismo
- Insufficienza cardiaca o respiratoria, ipossia (compreso infarto miocardico acuto)
- Ritenzione urinaria, fecaloma
- Patologie del Sistema Nervoso Centrale (in particolare ictus)
- Farmaci (soprattutto nuove assunzioni) o sostanze tossiche

Delirium da farmaci

- Antipsicotici triciclici (fenotiazine), Antidepressivi triciclici (Nortriptilina), Trazodone
- Benzodiazepine, Sali di Litio
- Barbiturici
- Antistaminici
- Antiparkinsoniani (L-dopa, bromocriptina), orfenedrina, pergolide
- Antidiarroici (difenossilitato)
- Miorilassanti, spasmolitici
- Prodotti da banco per il trattamento sintomatico della tosse (Codeina)
- Antiaritmici (digitale, alfa e beta bloccanti, ace inhibitori, calcioantagonisti, diuretici)
- Analgesici (opiaceti, aspirina, FANS)
- Steroidi (prednisolone)
- Antibiotici (Cefalosporine, Chinolonici)

Principali fattori di rischio

A parità di "causa" potenziale, pazienti a maggior rischio di sviluppare delirium sono:

- Età superiore ai 65 anni
- Storia di deterioramento cognitivo o Demenza
- Frattura di femore
- Patologia acuta grave (in peggioramento o a rischio di aggravamento)

(NICE, Delirium. Diagnosis, prevention and management, 2010)

Fattori di rischio: predisponenti (*precedono l'episodio acuto, non modificabili*)

- Età avanzata
- Decadimento cognitivo preesistente, demenza
- Precedente storia di delirium
- Disabilità
- Deficit sensoriali (vista, udito)
- Storia di abuso alcolico
- Polipatologia e polifarmacoterapia
- Malnutrizione
- Fattori di rischio: precipitanti (*si manifestano durante l'episodio acuto, sono modificabili*)
- Patologie mediche intercorrenti: infezioni, disidratazione, malnutrizione, ritenzione urinaria acuta, fecaloma
- Farmaci
- Immobilizzazione
- Intervento chirurgico (chirurgia ortopedica, cardiochirurgia)
- Ambiente del ricovero:
 - Terapia Intensiva
 - Manovre invasive (compreso il catetere vesicale)
 - Uso di mezzi di contenzione
 - Isolamento sociale
 - Assenza di luce naturale
 - Ripetuti cambi di stanza
- Interruzione del sonno, stress emotivo
- Dolore

Terapia farmacologica

1. Alopéridolo: farmaco di prima scelta, efficace
 - dosaggio iniziale: 0,5-1 mg da ripetere al bisogno dopo 30 minuti
 - mantenimento: 0,5-1 mg 1-3 volte al dì
2. Antipsicotici atipici – efficacia paragonabile ad alopéridolo con < effetti collaterali extrapiramidali; sindrome metabolica
 - Olanzapina: 2,5-10 mg die (anche i.m.);
 - Risperidon: 0,5-1 mg due volte al dì;
 - Quetiapina: 12,5-100 mg due volte al dì
3. Trazodone
 - Minor rischio di parkinsonismo degli antipsicotici, minor rischio di effetto paradosso del-

**Practice Guideline for the Treatment
of Patients With Delirium**
American Psychiatric Association
Am J Psychiatry, 1999

- **Trattamento delle patologie di base ed attenzione rivolta alla stabilizzazione dei parametri vitali**
- **Rimozione dei fattori contribuenti**
- **Evitare il più possibile la contenzione e la somministrazione di farmaci psicoattivi**
- **Prevenzione delle complicanze**
- **Adeguata assistenza (incoraggiare la presenza dei familiari)**
- **Posizionare il paziente in un ambiente tranquillo; rinforzare l'orientamento spazio-temporiale**

le benzodiazepine. Possibile effetto ipotensivo. Non vi sono studi nel Delirium, molto usato nei disturbi del comportamento nella demenza. Dose: 25-150 mg die. Disponibile anche in formulazione per uso parenterale.

Trattamento non farmacologico

- deficit cognitivo
 - depravazione del sonno
 - immobilità
 - deficit visivo
 - deficit uditivo
 - disidratazione
- ha ridotto di un terzo l'incidenza di nuovi casi di delirium nell'arco del ricovero, rispetto alle usuali cure ospedaliere.
- Aiutare l'orientamento con grandi orologi
 - Assicurare una buona veduta dalla finestra
 - Ripetere regolarmente le informazioni
 - Massimizzare l'acuità visiva: occhiali, luce
 - Massimizzare l'acuità uditiva: assicurarsi l'uso e la funzione di protesi, ridurre i rumori competitivi
 - Usare oggetti familiari al paziente (foto)
 - Assicurare oggetti di riconoscimento adeguati.

Si riportano le raccomandazioni dell'*American Psychiatric Association* **TM**

Info: sanddom@libero.it



Felice Marra,
Responsabile della
Prevenzione della
Corruzione dell'Azienda
USL n.3 di Pistoia.



Laura Belloni, Direttore
SODc Clinica delle
Organizzazioni AOUC -
Responsabile del Centro di
Riferimento Regionale sulle
Criticità Relazionali (CRRCR).

FELICE MARRA, LAURA BELLONI

Integrità: valore fondamentale del Sistema sanitario

Nell'ambito del convegno svoltosi a Pistoia all'Ospedale San Jacopo H4, **"Integrità come valore fondamentale del Sistema sanitario"**, pensato e ideato dal Dott. Felice Marra, Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'Azienda USL n.3 di Pistoia, sono stati ipotizzati gli scenari futuri per sviluppare il tema dell'integrità, dell'anticorruzione, dello svolgimento condiviso e sentito delle attività organizzative e della sensibilizzazione delle comunità all'importanza della partecipazione emotiva individuale ai valori dell'organizzazione. In tale contesto risulta fondamentale favorire un'attenzione diffusa e partecipata alle dinamiche organizzative di cui facciamo parte: "Noi come portatori di una nuova cultura, noi come sensibilizzatori". Si evidenzia quindi la necessità di avviare un percorso che, a partire dalle direttive ministeriali in merito alla sicurezza sul luogo di

lavoro, è in grado di superare una concezione di risoluzione dei problemi basata sul "qui ed ora", a favore della necessità di un cambiamento di impostazione che si concentra sulla creazione di una cultura organizzativa, che si fonda su principi valoriali, condivisi da tutti i livelli organizzativi, e su una progettualità che guardi al futuro e che non si limiti al breve o al medio termine. Emerge allora il bisogno di uscire da sistemi rigidi di norme e comportamenti stereotipati all'interno delle organizzazioni e allo stesso tempo la necessità di non estrapolare situazioni e problematiche dal loro contesto di riferimento, quanto piuttosto rivolgere lo sguardo sulla situazione globale e sistematica nella quale emergono. Volutamente differenziato dal termine *Vision*, legato a concetti di produttività in organizzazioni di stampo economicistico, è qui che si inserisce il costrutto di Visione, come elemento che con-

sente di ricondurre la contingenza ad elementi macroscopici, e che favorisce la riaffermazione di quei concetti chiave che sono rappresentati dal desiderio, dal sogno, dal progetto, collocati in un contesto spaziale e temporale di lungo corso e in definitiva assimilabili al concetto di eredità. Ma proprio questa eredità, che vogliamo lasciare alle comunità che oggi si affacciano neonate all'universo socio-culturale-organizzativo, non può esimersi dalla considerazione della figura "uomo" come fine di quel cambiamento, all'interno di una concezione ampia di salute organizzativa, di salute della comunità, di bene comune, e quindi allontanandosi dal concetto di uomo come semplice mezzo ed esecutore. Ed è proprio di spazio e di tempo che la visione necessita per esprimere tutta la sua potenzialità, la sua creatività, la sua progettualità, ed è il progetto che prospetta il cambiamento futuro, poiché se ci affidiamo alle regolamentazioni e alle soluzioni espresse, create per risolvere solo intoppi temporanei, il risultato non può essere altro che l'intasamento e il blocco dell'intero sistema. L'elemento chiave che può guidare il cammino verso la costruzione di una cultura del cambiamento è senza ombra di dubbio il sistema valoriale degli individui, della comunità, dell'organizzazione, ma sorgono alcune domande di non facile risposta quali: "i sistemi valoriali sono una sorta di dominio?", "Qual è il valore della nostra organizzazione?", "L'uomo di per sé è un valore?". Se i valori sono improntati sulla base delle direttive organizzative e quindi diffusi

in senso verticale dall'azienda all'individuo, senza la possibilità di una concertazione e di una condivisione, viene a mancare la coincidenza tra valori organizzativi e comunitari, con il conseguente sottosviluppo della progettualità e della creatività. D'altra parte invece se c'è condivisione, senso di appartenenza, rispetto, integrità, lavoro e pensieri condivisi si avrà la costruzione di un bene comune, di un futuro che rientra a pieno titolo in una visione organizzativa orientata all'idea di libertà di cambiamento e all'idea di innovazione. Occorre partire dalla base solida delle direttive ministeriali, che descrivono il concetto di trasparenza suggerendo norme e regole comportamentali comuni, per sviluppare l'idea di trasparenza culturale che assume e incarna un concetto di cambiamento psicologico ed emotivo nelle relazioni tra le persone, ovvero una vera e propria concertazione relazionale dove ognuno è portatore di competenza, creatività e tolleranza dell'altrui punto di vista. In tal modo il riferimento a progetti futuri, anche molto distanti da obiettivi immediati e dal contesto di pertinenza, non deve scoraggiare gli attori sociali delle comunità organizzative di oggi, al contrario deve nascere la consapevolezza che tutti i cambiamenti partono da un'idea e più questa è originale, ampia e condivisa più i risultati potranno essere favorevoli e soddisfacenti.

TM

Info: felicemarra@yahoo.it

EDIZIONI TASSINARI



Nel fugace, l'eterno



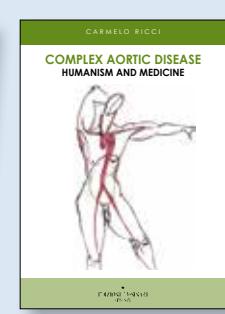
4 PASSI
SUI SENTIERI DELLA MENTE



Le Infermiere Volontarie CRI di Grosseto
durante la Seconda Guerra Mondiale



La mia vita e le origini
della nostra famiglia



CARMELO RICCI



ULTIME NOVITA! RILEGATURE ARTIGIANALI IN CARTONATO, STAMPA SU TESSUTO

Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789
www.edizionitassinari.it - pre.stampa@edizionitassinari.it



Enrico Grassi,
Coordinatore nazionale
gruppo di ricerca di
Neuroestetica della SNO
(Società dei Neurologi,
Neurochirurghi e
Neuroradiologi degli
Ospedali Italiani).
U.O. Neurologia -
Ospedale di Prato.

ENRICO GRASSI, PASQUALE PALUMBO¹

La bellezza oggettiva: da Nefertiti alla Neuroestetica

Qualsiasi nostra esperienza, conoscitiva, sociale, amorosa, religiosa, politica, artistica passa attraverso un'attivazione di specifiche aree cerebrali.

Oggi grazie alle tecnologia del *neuroimaging* è possibile visualizzare quali zone del cervello si attivano o si disattivano quando un soggetto è esposto ad una qualche attività di quelle sopra esposte.

Anche l'esperienza estetica è soggetta alle leggi che regolano le attività cerebrali e le strutture nervose coinvolte, quindi l'arte può essere considerata come un'estensione della funzione del cervello.

Nel 2011 il prof. Semir Zeki, uno dei padri fondatori della neuroestetica in una ricerca condotta presso il *Wellcome Laboratory of Neurobiology* dell'*University College* di Londra ha dimostrato che il nostro cervello dedica alla bellezza una specifica area che si attiva quando sperimentiamo il piacere di un'opera d'arte o di un brano musicale.

In questo studio 21 soggetti di culture ed etnie diverse hanno valutato una serie di dipinti e di brani musicali classificandoli come belli, brutti o indifferenti mentre l'attività cerebrale veniva controllata con una risonanza magnetica funzionale (fMRI). Zeki ha così scoperto che quando ascoltavano un brano o visualizzavano un quadro classificati come belli si attivava maggiormente un'area nota come corteccia orbito-frontale mediale.

Tradicionalmente, l'arte è stata associata alla bellezza ma da quando Marcel Duchamp presentò a una mostra d'arte il suo orinatoio, che eufemisticamente chiamò *La Fontana*, si riconosce che perché qualcosa sia considerata un'opera d'arte non è necessario che sia percepita come bella.

Esiste una bellezza oggettiva?

Una delle questioni più dibattute in estetica è se la bellezza possa essere definita da parametri oggettivi o se dipenda interamente da fattori soggettivi. Nonostante i criteri soggettivi giochino un ruolo importante nelle esperienze estetiche di ciascuno, oggi sappiamo che esistono dei principi specifici con una base biologica che possono facilitare la percezione del bello.

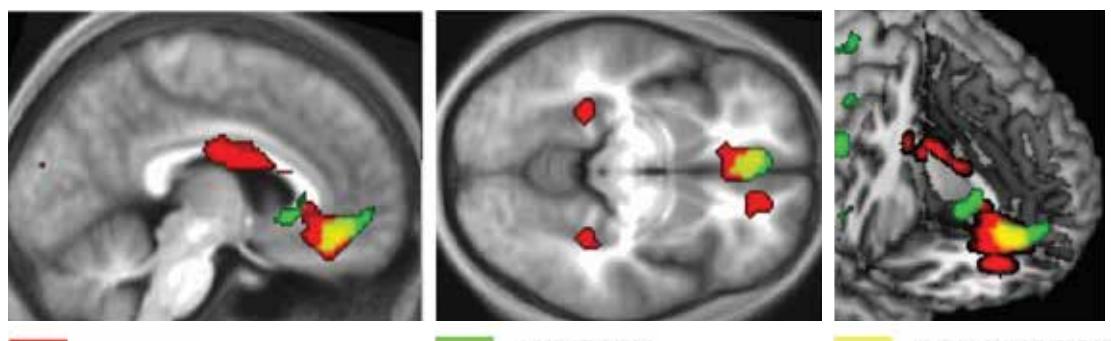
In uno studio del gruppo di Parma (Di Dio 2007), guidato da Giacomo Rizzolatti e Vittorio Gallese, la presenza di un parametro specifico, ovvero la proporzione aurea, negli stimoli presentati, ha determinato delle attivazioni cerebrali diverse da quelle evocate dagli stimoli in cui questo parametro era stato violato.

La chiave del cambiamento tra la percezione di una scultura da "brutta" a "bella" – il senso del bello nell'arte – sembra quindi derivare dall'attivazione congiunta di popolazioni neuronali corticali che rispondono a caratteristiche specifiche presenti nelle opere d'arte e di neuroni situati in centri di controllo emozionale (Figura 2).

La bellezza di un volto

I volti sono di gran lunga la più importante categoria di riconoscimento di oggetti, perché sono la via principale attraverso cui riconosciamo gli altri individui e persino l'immagine di noi stessi. Per questo il cervello ha un raffinatissimo meccanismo per il riconoscimento dei volti, meccanismo che resiste infatti alla deformazione che avviene nelle caricature o nelle immagini a bassa risoluzione.

La morfologia facciale varia moltissimo nella



¹ Direttore U.O.
Neurologia - Ospedale
di Prato

Figura 1

popolazione umana e ciò è usato per il riconoscimento individuale. Perfino in popolazioni geneticamente molto omogenee, come sono i Finni, c'è una grande variabilità di caratteri (come è dimostrato dalla foto di questi 6 soldati). Al contrario si pensa che i pinguini reali non si riconoscono per tratti somatici specifici ma per distintive vocalizzazioni. (Sheehan, 2014)

L'esistenza di un sistema neurale specifico per le facce è stata suggerita da tre evidenze sperimentali: (1) una doppia dissociazione tra il riconoscimento dei volti e il riconoscimento degli oggetti; (2) l'esistenza di neuroni selettivi per le facce organizzati in aree specifiche; (3) la presenza di potenziali evento-correlati (ERP) specifici.

Un secolo fa, l'antropologo, esploratore, nonché cugino di Charles Darwin, Sir Francis Galton (a cui si deve l'invenzione dell'eugenetica, prima delle sue tragiche derive razziste) mise a punto un sistema fotografico per creare volti grazie alla fusione di più facce reali. Quando Galton produsse i primi visi ibridi fu sorpreso dal fatto che questi fossero ritenuti più belli. Questa osservazione è stata ripetuta e perfezionata utilizzando le moderne tecniche di computer grafica.

Quanto maggiore era il numero dei visi utilizzati per costruire il viso composito, tanto più questo veniva percepito come attraente; contemporaneamente nessuno dei visi reali utilizzati per creare il composito veniva giudicato più attraente del viso composito.

Molti ricercatori hanno suggerito che le caratteristiche dei volti rientranti nella media riflettono stabilità nello sviluppo e sono ottimali in termini funzionali soprattutto per la resistenza alle malattie. La normalità è quindi espressione delle qualità positive del partner.

Un'altra fonte di attrazione in un volto è rappresentata della simmetria facciale come segnale di qualità del partner.

L'ultimo elemento importante è il dimorfismo sessuale che aumenta con la pubertà, dove i tratti sessualmente dimorfici segnalano maturità del potenziale riproduttivo e differenti qualità del partner.

I criteri di bellezza di un volto nei due sessi

La femminilità nei volti delle donne è ovviamente attraente in quanto espressione di fertilità. I volti che risultano essere più femminili rispetto alla media sono anche quelli considerati più attraenti con le seguenti caratteristiche principali: mento piccolo, zigomi alti, area del viso ridotta, labbra carnose.

Rispetto alla femminilità i tratti più mascolini hanno un effetto minore sull'attrazione dei volti maschili. La mascolinità torna ad essere importante nelle donne durante la fase fertile del ciclo mestruale in cui preferiscono nettamente volti più mascolini, ad esempio con carnagione più scura.

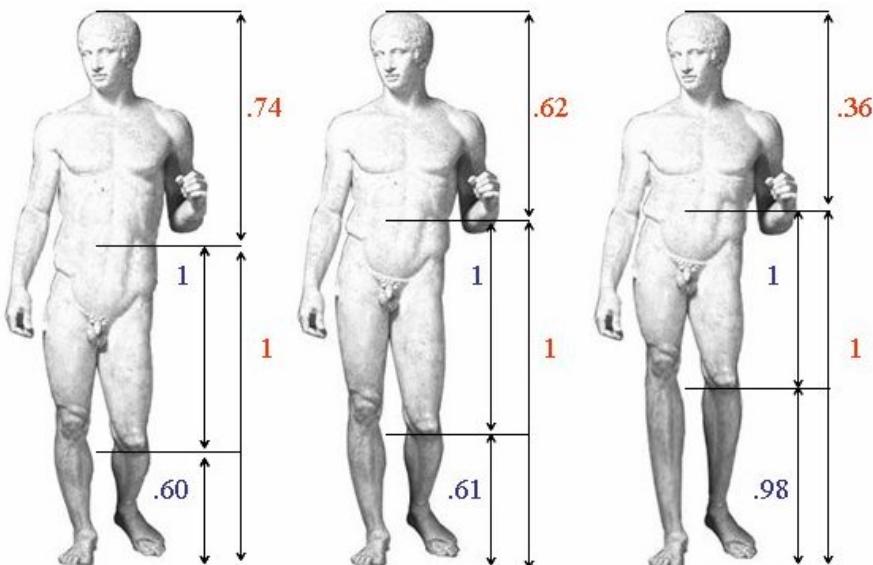


Figura 2

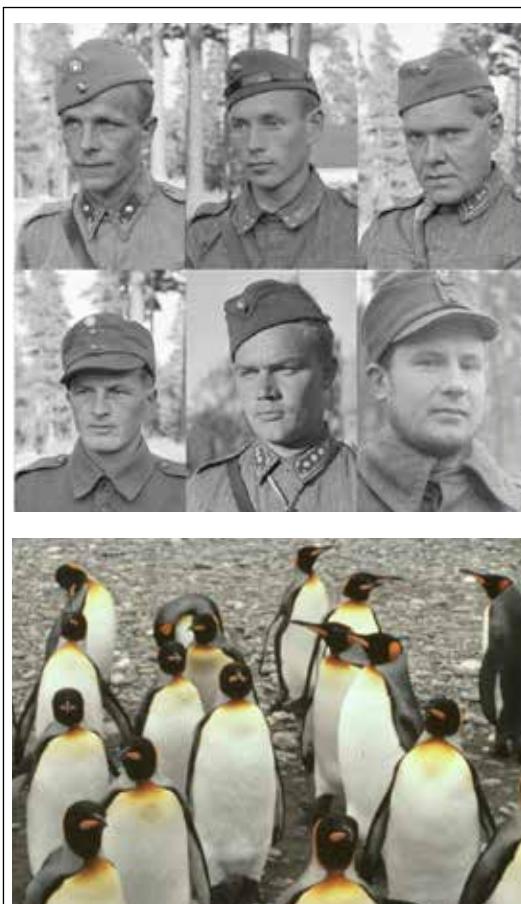


Figura 3 - (Sheehan, 2014)

I difetti più comuni variano da etnia a etnia?

A questo riguardo è significativa la diffusa preferenza per i volti di soggetti nati da genitori di razze diverse che dimostrano un aspetto più sano rispetto agli altri volti, questo è possibile perché i



Figura 4 - Faccia composita simmetrica e versione asimmetrica (Little, 2011).



Figura 5 - A) Immagini composte di volti maschili e femminili resi più mascolini e B) resi più femminili (Little, 2011).

geni si adattano ai diversi ambienti con una maggiore resistenza alle malattie rispetto a coloro che hanno genitori provenienti dalla medesima razza.

Quando guardiamo un volto che troviamo bello si attiva il circuito dopaminergico del Reward (i cui principali centri si trovano nell'area tegmentale ventrale mesencefalica, nello striato ventrale e nella corteccia orbitofrontale). È un circuito che si attiva per tutti gli stimoli edonicamente rilevanti generando sensazioni piacevoli. Vedere un volto attraente ci fa sentire come se avessimo appena vinto dei soldi, vederne uno poco attraente come se li avessimo appena persi. Il cervello dunque risponde rapidamente e automaticamente alla bellezza.

L'attrazione estetica è anche alla base anche di un bias cognitivo come quello di giudicare intelligente a prima vista, un individuo di bell'aspetto. Quindi alla bellezza si associa un'idea morale

di bontà complessiva, con tutti i risvolti pratici (e inconsci) che questo comporta (persino sulle decisioni giudiziarie).

Quindi la bellezza oggettiva esiste, fornisce informazioni giudicate affidabili su età, fertilità, salute e il nostro cervello è ben allenato a riconoscerla. Su un recente editoriale su Nature (Ottobre, 2015) Karl Grammer, antropologo di Vienna, fra i pionieri degli studi sull'attrazione, dice: «gli esseri umani sono ossessionati dalla bellezza. E quando si trova un'ossessione come questa, ci deve essere qualcosa di più profondo che non una semplice norma culturale».

Il giudizio estetico è allora una miscela complessa di fattori genetici, culturali e oggettivi, che



Figura 6

hanno avuto bisogno di milioni di anni per evolversi.

La lunga durata e affidabilità di questi criteri estetici è dimostrata dalla rappresentazione della regina Nefertiti: in questo busto custodito al Neues Museum di Berlino e prodotto 3.300 anni fa, lei appare bellissima e seducente in virtù di caratteristiche ancora oggi attualissime: labbra carnose, zigomi alti, occhi allungati.

In questa dimensione estetica, l'arte, una delle più elevate espressioni della complessità umana e delle più raffinate modalità di rappresentare sensazioni ed emozioni, fornisce uno dei più preziosi documenti sul funzionamento del nostro cervello perché, come scrisse Paul Klee, "l'arte non riproduce il visibile, rende le cose visibili".

TM

Info: grenri@tiscali.it

L. STEFANI¹, M. ROTELLI², A. FRULLI², L. AMOROSO², L. BELLONI², G. GALANTI¹

Laura Stefani, Laurea in Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Firenze. Spec in Medicina dello Sport, Cardiologia, Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva. Dirigente medico c/o la UO Medicina dello Sport e dell'Esercizio (Dir. Prof G Galanti) AOU- Università degli Studi di Firenze.

Esercizio fisico e miglioramento della qualità della vita: l'esperienza della Medicina dello Sport e dell'Esercizio dell'Università di Firenze.

È noto come la "percezione della qualità della vita" rappresenti uno degli aspetti più importanti nell'ambito delle malattie "cronico degenerative a carattere non trasmissibile" per le quali l'aspettativa di vita è spesso di lungo termine. Tra queste si annoverano le patologie più note e più diffuse come ipertensione arteriosa, diabete, obesità e la "sindrome metabolica", in cui il processo infiammatorio cronico è ben rappresentato e molto presto diffuso in tutti i tessuti ed apparati. Proprio per queste caratteristiche anche le malattie neoplastiche, e la "sindrome metabolica post-trapianto di organo" possono essere incluse in questo gruppo. Il termine "percezione della qualità della vita" è molto complesso e contiene diversi parametri tra i quali sono inclusi la percezione del dolore, lo stato cognitivo, la percezione

dello stato di salute in generale del proprio ruolo, lo stato emotivo e la vitalità. Alcuni di questi parametri sono attualmente facilmente valutabili attraverso l'uso di strumenti di indagine validati come il questionario SF 36. Tale strumento, che misura la qualità della vita (QoL:Quality of Life) in generale, è attualmente usato in molti ambiti per la stima della percezione soggettiva dell'individuo relativamente a concetti di salute che rappresentano i valori umani fondamentali per il livello di attività e la sensazione di benessere (Ware, 1987, 1990). Questo rende importante estendere l'indagine della qualità della vita ad un contesto più complesso costituito da elementi che sono alla base dei rapporti sociali. Il percorso PEF (Prescrizione Esercizio Fisico) che consiste nella somministrazione di una quanti-

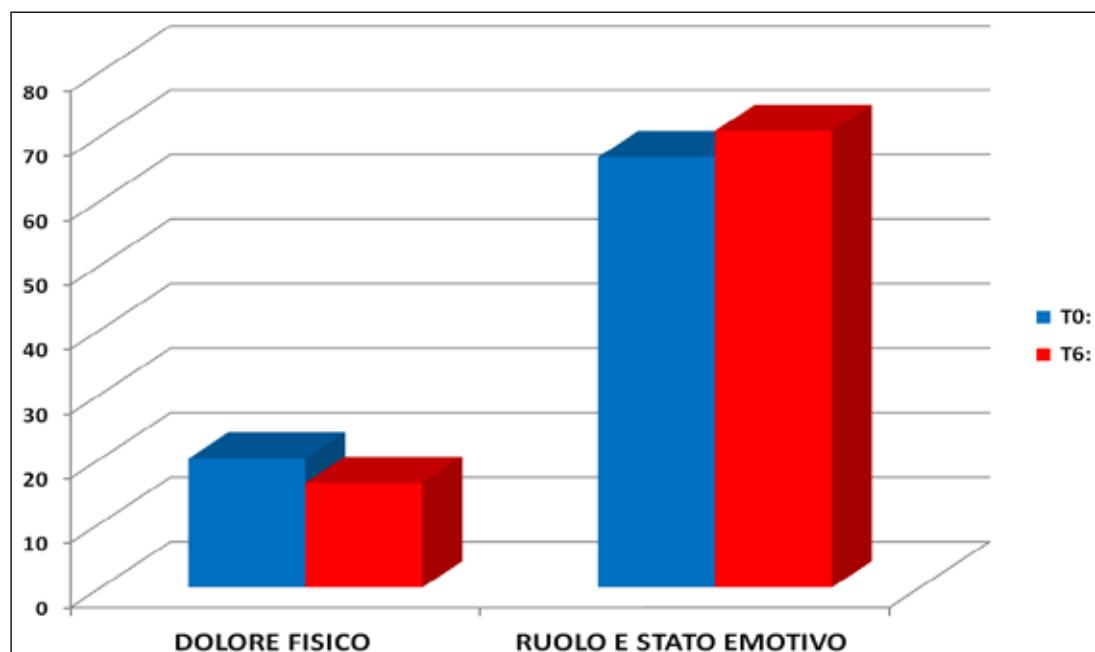


Grafico 1 - Parametri qualità della vita in soggetti affetti da ipertensione arteriosa.

¹ Medicina dello Sport e dell'Esercizio- Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica- Università degli Studi di Firenze

² Centro di Riferimento Regionale per le criticità relazionali-AOU-Firenze

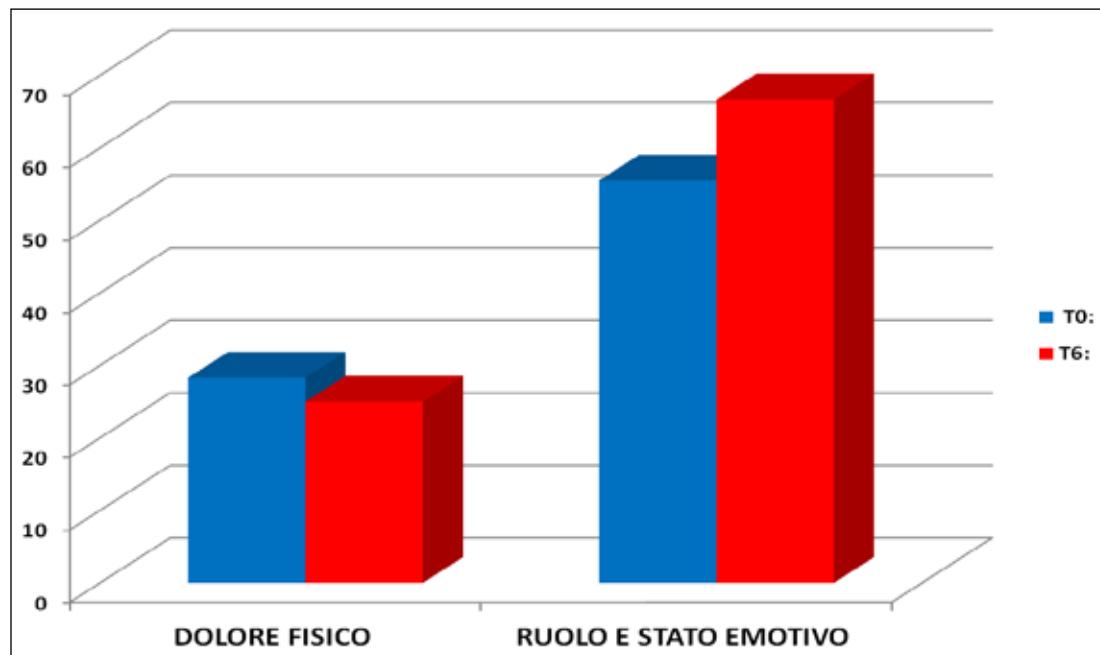


Grafico 2 - Parametri qualità della vita in soggetti affetti da sindrome post trapianto.

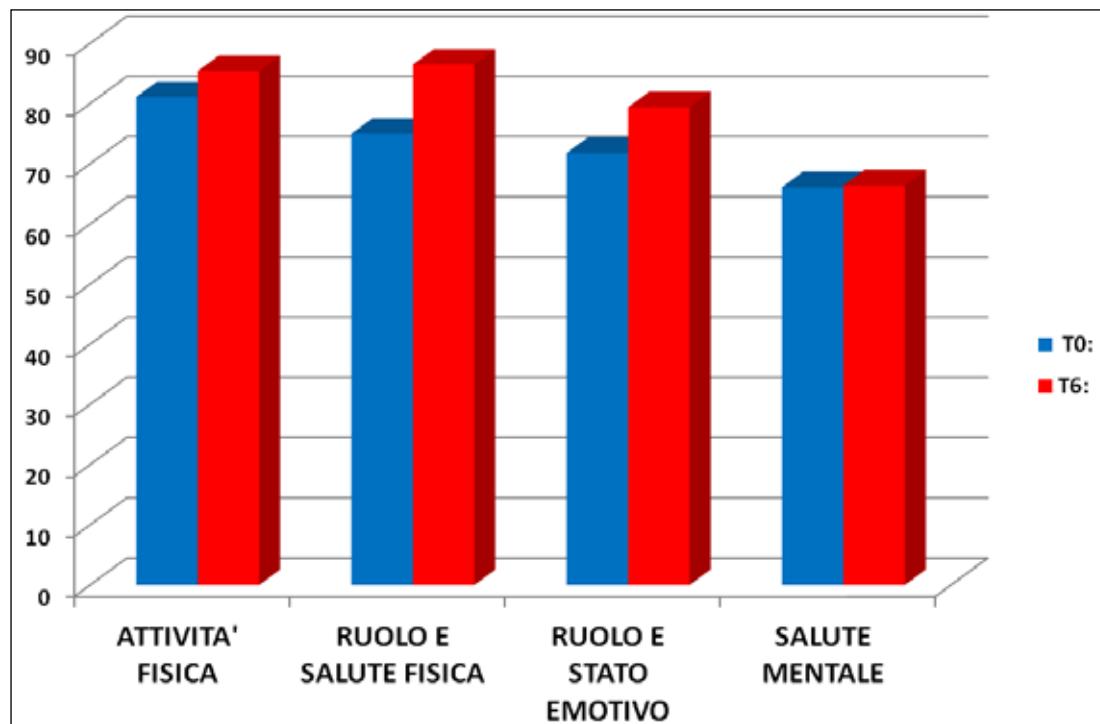


Grafico 3 - Parametri qualità della vita in soggetti affetti da sindrome metabolica.

tà individualizzata di esercizio aerobico e contro resistenza, stimato per ogni singolo soggetto a fini terapeutici, risulta efficace nel miglioramento della QoL, purché l'aderenza al programma sia costante e senza grandi discontinuità.

Da un vasto gruppo di pazienti afferenti alla Medicina dello Sport e dell'Esercizio dell'Università di Firenze (Prof. G. Galanti) e con la collaborazione dello staff del "Centro Regionale sulle Criticità Relazionali" AOUC (Dr.ssa. L. Belloni) è

stata condotta un'indagine relativamente agli aspetti della QoL nel percorso PEF su un sottogruppo di 40 soggetti affetti da patologie cronico degenerative quali ipertensione arteriosa, sindrome metabolica, neoplasie mammella e colon, sindrome post trapianto. Tutti i soggetti, di età media di 40 anni, erano di fatto aderenti con regolarità al programma PEF da almeno 6 mesi. Seguendo le linee guida ACSM (American College of Sports Medicine), l'attività fisica aerobica

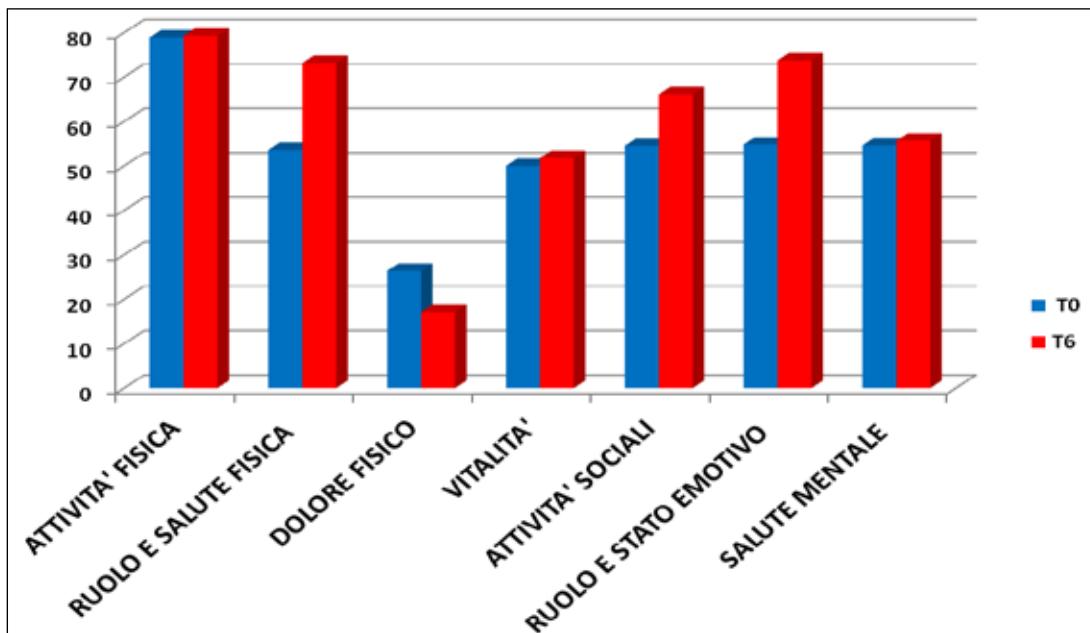


Grafico 4 - Parametri qualità della vita in soggetti affetti da Neoplasie.

e contro resistenza veniva somministrata sulla base di una stima individualizzata effettuata alla prima visita (T0). Per effettuare la valutazione della intensità dell'esercizio fisico da prescrivere, i pazienti venivano sottoposti a test cardiovascolari di facile esecuzione come il 6Minute Walking Test (6MWT), e test di valutazione della forza arti superiori ed inferiori come l'Hand Grip Test ed il Chair test. È stata effettuata inoltre, la valutazione dei parametri antropometrici, quali peso corporeo, Body Mass Index e pliche cutanee. Tali misure venivano ripetute regolarmente con cadenza semestrale. Sia all'inizio del percorso (T0) che dopo 6 mesi (T6), è stato somministrato il questionario SF36 per la valutazione della QoL.

L'aderenza al percorso PEF, come esercizio "non supervisionato" e quindi basato su un programma che il paziente poteva svolgere liberamente a casa, era controllata attraverso l'uso di diari settimanali dove veniva chiesto al paziente di riportare sia l'alimentazione giornaliera che l'attività fisica svolta.

Dai risultati ottenuti attraverso le analisi dei questionari SF36 è emerso un significativo miglioramento dello stato mentale generale con riduzione dello stato emotivo e riduzione della percezione del dolore fisico. In particolare si è evidenziato un significativo miglioramento di tutti i singoli parametri relativi alla qualità della vita che si correlano positivamente con le abitudini alimentari.

I grafici riportati sono relativi ai risultati ottenuti sui pazienti analizzati suddivisi per tipo di patologia.

Nei pazienti ipertesi si registra una riduzione nella percezione di Dolore Fisico, e un miglioramento nello svolgimento del lavoro e nelle

attività quotidiane dovuto ad una riduzione del disagio emotivo (Ruolo e Stato Emotivo).

Nei pazienti con sindrome post-trapianto si registra una riduzione della percezione di Dolore Fisico, ed un miglioramento significativo nello svolgimento del lavoro e nelle attività quotidiane dovuto ad una riduzione del disagio emotivo (Ruolo e Stato Emotivo).

Nella sindrome metabolica si rileva un miglioramento dei fattori Attività Fisica, Ruolo e Stato Fisico che indica una riduzione delle limitazioni dovute alla salute nello svolgimento sia delle attività quotidiane che in quelle lavorative. Migliora anche la componente relativa a Ruolo e Stato Emotivo.

Nel campione dei pazienti neoplastici abbiamo notato un lieve miglioramento nella percezione della Attività Fisica, un sensibile miglioramento nel fattore Ruolo e Salute Fisica, oltre che una netta riduzione del Dolore Fisico.

Nonostante le differenze dei risultati riscontrate nei vari gruppi, i dati di questa indagine preliminare hanno mostrato un miglioramento della qualità della vita, durante l'effettuazione della PEF, a cui si può attribuire pertanto una efficacia terapeutica. Le prospettive future, che mirano ad una maggiore diffusione del programma di esercizio fisico come terapia, portano anche verso un maggiore adattamento delle varie tipologie di approccio in base alle caratteristiche non solo fisiche ma anche psicologiche dei soggetti interessati. L'uso dell'indagine sulla QoL resta pertanto un aspetto determinante in questo settore.

TM

Info: laura.stefani@unifi.it



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

PDTA Demenza

ALLEGATO AL PARERE CSR 66/2015, Seduta del 6 ottobre 2015

Dall'esperienza clinica e dei dati riportati nella letteratura scientifica internazionale, deriva l'obiettivo di proporre, per le persone affette da demenza, un modello di presa in carico che possa rispondere alle criticità assistenziali esistenti mediante interventi efficaci e sostenibili.

Vengono elencate di seguito le principali criticità.

- La demenza è spesso sottodiagnosticata, soprattutto nelle sue fasi iniziali, sia nell'ambito delle cure primarie (Löppönen et al., 2003) che dei ricoveri ospedalieri (Sampson et al., 2009), e solo una quota minoritaria usufruisce dei trattamenti farmacologici e non farmacologici di dimostrata efficacia (Franchi et al., 2011).
- I soggetti con deficit cognitivo mostrano spesso un utilizzo insufficiente dei servizi territoriali (Caspi et al., 2009).
- I soggetti con demenza hanno un rischio di ricovero ospedaliero aumentato rispetto a soggetti di pari età (Phelan et al., 2012). È stato infatti stimato che circa il 40% degli ultrasettantenni ricoverati in ospedale sia affetto da qualche forma di demenza, nella metà dei casi non precedentemente diagnosticata (Sampson et al., 2009).
- Tra i fattori di rischio indipendenti di ricovero ospedaliero, associato a patologie acute, è stata recentemente identificata la gravità dei sintomi psicologici e comportamentali rilevata nell'anno precedente (Russ et al., 2015).
- Tra i fattori scatenanti il ricovero è stato inoltre identificata la frequente presenza di "condizioni sensibili alle cure ambulatoriali", per le quali un trattamento proattivo è in grado di ridurre il rischio di ricovero, come ad esempio per le infezioni delle vie respiratorie e delle vie urinarie, lo scompenso cardiaco, la disidratazione (Phelan et al., 2012). È d'altra parte noto come tali condizioni, in presenza di demenza, abbiano spesso una presentazione clinica atipica e possano manifestarsi con uno scompenso comportamentale piuttosto che con i loro segni e sintomi caratteristici.
- Negli anziani con demenza i ricoveri ospedalieri si associano tipicamente ad un effetto prognostico negativo e ad una tendenziale minor efficacia.
- Rispetto ai soggetti di pari età, cognitivamente integri, gli anziani con demenza hanno mediamente una degenza ospedaliera più prolungata (Mukadan e Sampson, 2011), con relativo aumento di stato confusionale (Fong et al., 2012), a sua volta associato ad un maggiore rischio di ulteriore declino cognitivo, funzionale (Mukadan e Sampson, 2011), di istituzionalizzazione e di decesso (Sampson et al., 2009).
- I modelli di cura collaborativi tra le cure primarie e i servizi specialistici si sono dimostrati in grado di ridurre i disturbi del comportamento rispetto alle cure usuali (Callahan et al., 2006). Inoltre, la presa in carico da parte dei servizi specialistici per la demenza ha dimostrato un rapporto costo-efficacia favorevole, in termini di QALYs (Wolfs et al., 2009) e, almeno in fase lieve-moderata di malattia, un contenimento dei costi sanitari.
- Viene considerata anche la tendenza, opposta, a una "sovra diagnosi" di sindrome demenza per la possibile erronea sovrapposizione con quadri semeiologici come il MCI e il disturbo depressivo cronico nell'anziano.
- Uno degli obiettivi del PDTA consiste nell'aumentare i casi di demenza correttamente e precocemente diagnosticati, fornendo alle cure primarie strumenti di identificazione proattiva delle problematiche cognitivo-comportamentali e di valutazione cognitiva di screening.
- Vengono considerate competenze ed attività delle cure primarie e degli specialisti per la cura delle demenze, riuniti nelle cosiddette Unità Valutative Alzheimer (UVA) o, secondo la nuova dizione del Piano Nazionale Demenze, nei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Competenze di questi gruppi di lavoro sono: l'organizzazione per

le strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze, secondo quanto indicato dalla Conferenza Nazionale Unificata del 30 ottobre 2014, recepita dalla Regione Toscana dopo parere positivo del Consiglio Sanitario Regionale n. 102/2014.

- *"Ricordato che il problema delle cure delle demenze si caratterizza per un duplice aspetto: la loro rilevanza epidemiologica (in Toscana i casi stimati di demenza sono 84.000) e la contemporanea presenza di disturbi cognitivi e comportamentali e che le malattie croniche rappresentano oggi, per il progressivo invecchiamento della popolazione nei Paesi sviluppati, una delle sfide dei sistemi sanitari e sociali, da affrontare con percorsi di innovazione". Richiamata la Delibera della Giunta Regionale n. 147 del 23/02/2015 con cui si recepisce l'Accordo Stato Regione, visto il parere sovrarichiamato del Consiglio Sanitario Regionale, viene individuato un PDTA basato sulla presenza delle risorse professionali e dei servizi presenti in Regione Toscana.*
- Le indicazioni e lo schema successivamente inserito nella presente relazione rispondono ai criteri principali di quanto concordato nel Piano Nazionale Demenze: l'indicazione fondamentale consiste nell'integrazione e nel coordinamento delle competenze che devono comunicare strettamente. In particolare alle UVA-CDCD sono affidate la conferma diagnostica, la formulazione e la prima verifica del piano terapeutico. Al MMG è affidato il sospetto diagnostico ed il follow-up dei pazienti, finalizzato alla valutazione dell'evoluzione della malattia nel tempo e al rilievo di problematiche socio-sanitarie emergenti.
- All'Unità Valutativa Multiprofessionale (UVM) è affidato il compito di rilevare il bisogno socio-sanitario del paziente e di chi presta assistenza, prevedendo i supporti assistenziali necessari: assistenza domiciliare, Centro Diurno, RSA con accoglienza temporanea o permanente.
- In caso di variazione del quadro clinico, in particolare legata ad emergenza o aggravamento di sintomi psicologici e comportamentali, il MMG deve avere un canale di comunicazione privilegiato per segnalare i

casi complessi a UVA-CDCD che, mediante una presa in carico rapida e multidimensionale, deve essere in grado di identificare e trattare, in regime di ambulatorio e day-service, eventuali problematiche somatiche, comportamentali e/o assistenziali, in fase di scompenso.

- Il piano di trattamento deve essere riformulato con l'obiettivo di prevenire le ospedalizzazioni non necessarie, secondo quanto suggerito dalla letteratura internazionale (Lyketsos, 2012).
- In caso di accesso del paziente al DEA deve essere previsto un servizio di pronta consulenza, gestito da UVA-CDCD, in grado di indirizzare fin dall'inizio il percorso terapeutico-assistenziale del paziente in accordo con i medici del Pronto Soccorso, in analogia con quanto previsto per i servizi di consultazione specialistici nel modello anglosassone (*liaison services*) (NICE, 2010).
- Questo servizio dovrebbe avere risorse sufficienti per intervenire quanto prima, possibilmente H24, con l'obiettivo di prevenire, ove possibile, il ricovero in ospedale per acuti. Ove invece la patologia acuta del paziente richieda il ricovero ospedaliero, è opportuno che la consulenza specialistica avvenga comunque nel reparto per acuti per pianificare la successiva dimissione (NICE, 2010).
- A questo scopo il CDCD/UVA deve poter disporre, per i pazienti con riacutizzazione dei sintomi psicologici e comportamentali, di accessi rapidi in ambulatorio-day service (*fast track*) per i pazienti dimessi a domicilio e di posti di strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria che, secondo il modello delle *Special Care Unit*, si pongano l'obiettivo di un rapido miglioramento dei sintomi mediante la realizzazione di interventi farmacologici e non farmacologici adeguati (Colombo et al., 2007; Zieschang et al., 2010). Tali strutture sanitarie, in relazione all'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale toscano, potrebbero essere identificate in Nuclei Alzheimer di RSA dotati di adeguate risorse sanitarie e assistenziali con specifiche caratteristiche ambientali adeguate. Nell'arco di poche settimane il paziente, in accordo con la UVM e la famiglia, dovrebbe poter essere reinserito al proprio domicilio o, ove non ve ne siano le condizioni, indirizzato verso altri servizi della rete.



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

– OMISSIONIS –



Tommaso Grassi,
Laureato in Medicina
e Chirurgia nel 2011,
specializzando al
terzo anno in Igiene
e Medicina Preventiva
presso l'Università degli
Studi di Firenze. Ha svolto
attività di formazione e
collaborazione presso:
Direzione Sanitaria
Aziendale ASL 10
di Firenze, Distretto
Quartiere 5 di Firenze,
Direzione Sanitaria Nuovo
San Giovanni di Dio,
Istituto per lo Studio e la
Prevenzione Oncologica
e Dipartimento di
Prevenzione ASL 10.

T. GRASSI, G. GORINI¹, E. CHELLINI¹, F. BATTISTI¹

Stima dei decessi per tumori attribuibili a fattori di rischio comportamentali in Toscana nel triennio 2010-2012

Una delle colonne portanti della sanità pubblica è senza dubbio quella riguardante la conoscenza della diffusione delle malattie nella popolazione in modo da poter impostare e perseguire correttamente strategie di prevenzione primaria e secondaria. In Europa, come in molte altre parti del mondo, abbiamo assistito a un duplice fenomeno: da un lato un allungamento della speranza di vita alla nascita, dall'altro il progressivo viraggio da una prevalente incidenza di malattie infettive a una di patologie cronico-degenerative (definite *non-communicable diseases NCDs*); in questo nuovo scenario le neoplasie costituiscono, ad oggi, in Europa, circa il 20% dei decessi totali. Una quota consistente dei tumori è attribuibile a fattori di rischio modificabili e, proprio in tal senso, il gruppo collaborativo di ricercatori del *Comparative Risk Assessment* afferente al progetto *Global Burden of Disease (GBD)* ha stimato che le frazioni di rischio di mortalità per tumore attribui-

bili a cause modificabili siano del 37% nei Paesi ad alto reddito. Le cause riconosciute come principali responsabili sono: fumo, consumo di alcol, sovrappeso e obesità, inattività fisica e basso consumo di frutta e verdura. La sensibilità verso la diretta correlazione tra i fattori di rischio menzionati e patologie neoplastiche è sempre più consistente nel recente scenario politico-sanitario internazionale e ne è una conferma il fatto che se ne parla, come obiettivi di prevenzione, in numerosi documenti ufficiali, quali il *"Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020"* dell'OMS, il *"Codice Europeo contro il cancro"* della IARC e anche a livello nazionale nel programma *"Guadagnare Salute"* e nel *"Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018"*.

Risulta dunque evidente che per impostare degli efficaci interventi di prevenzione con l'obiettivo di contrastare l'insorgenza delle patologie tumorali, occorrono stime attendibili di

	TOTALE DECESSI			TOTALE DECESSI ATTRIBUIBILI			%		
	M	F	TOT M+F	M	F	TOT M+F	M	F	TOT M+F
AUSL 1 - Massa e Carrara	1227	917	2144	694	301	996	56,6	32,8	46,4
AUSL 2 - Lucca	1242	983	2225	704	333	1037	56,7	33,8	46,6
AUSL 3 - Pistoia	1626	1195	2821	937	407	1344	57,6	34,1	47,6
AUSL 4 - Prato	1220	943	2163	698	328	1025	57,2	34,7	47,4
AUSL 5 - Pisa	1837	1381	3218	1021	448	1469	55,6	32,4	45,6
AUSL 6 - Livorno	1920	1571	3491	1073	554	1627	55,9	35,3	46,6
AUSL 7 - Siena	1502	1151	2653	766	404	1171	51,0	35,1	44,1
AUSL 8 - Arezzo	1778	1344	3122	956 ASL	451	1406	53,8	33,5	45,0
AUSL 9 - Grosseto	1326	1046	2372	720	361	1081	54,3	34,5	45,6
AUSL 10 - Firenze	4487	3688	8175	2453	1306	3759	54,7	35,4	46,0
AUSL 11 - Empoli	1210	905	2115	647	299	946	53,5	33,1	44,7
AUSL 12 - Viareggio	1040	777	1817	615	263	878	59,2	33,8	48,3

¹ SS Epidemiologia Ambientale e Occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze

Tabella 1 - Decessi per tumore attribuibili ai fattori di rischio analizzati per ASL, triennio 2010-2012, e percentuale sul totale di ASL. M maschi, F femmine.

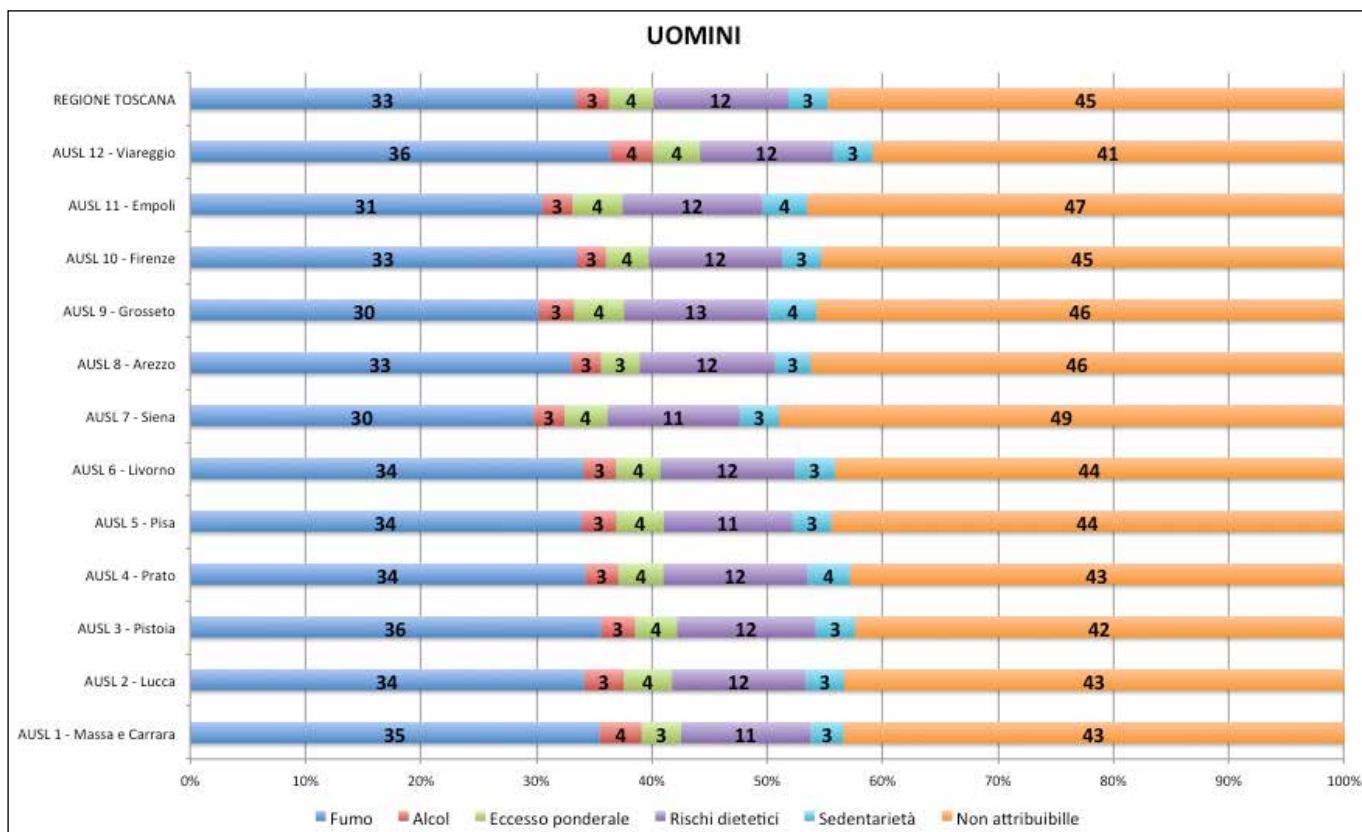


Figura 1 - *Frazioni dei decessi per tutti i tumori attribuibili ai fattori di rischio analizzati nelle ASL toscane, triennio 2010-2012, uomini.*

quanti decessi potrebbero essere evitati riducendo l'esposizione proprio a fattori di rischio modificabili.

Perseguendo tale direzione, abbiamo dunque stimato per le varie ASL toscane, basandoci sulla metodologia del GBD, il numero di decessi per tumore attribuibili, nel triennio 2010-2012 ai seguenti fattori di rischio: fumo, consumo di alcol, eccesso ponderale, rischi dietetici e sedentarietà.

I dati di mortalità del triennio 2010-2012 per le varie ASL toscane, sono stati raccolti dal sito dell'Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana (set di indicatori PARISI). Secondo la metodologia del GBD 2010 sono state selezionate le sedi tumorali che riconoscono come fattore di rischio uno o più stili di vita oggetto dell'indagine: tumore di labbra, cavità orale e faringe, tumore della laringe, tumore dell'esofago, stomaco, colon-retto, fegato, colecisti e dotti extraepatici, pancreas, trachea, bronchi e polmone, vescica, rene e vie urinarie, prostata, cervice uterina, corpo dell'utero, mammella e leucemie. Ai decessi sono state applicate le frazioni attribuibili per l'Italia, specifiche per sede tumorale e fattore di rischio, desunte dai dati del progetto GBD 2010, disponibili sul sito dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://www.healthdata.org>).

In Toscana nel triennio 2010-2012 si sono

verificati 36.316 decessi per tumore. Di questi, 16.738 sono attribuibili ai fattori di rischio analizzati, pari complessivamente al 46,1% di tutti i decessi per tumore avvenuti in Toscana. Analizzando i dati per genere, 11.284 decessi negli uomini e 5.454 nelle donne sono attribuibili agli stili di vita, pari rispettivamente al 55,3% e al 34,3% dei decessi totali per tumore (Tabella 1). Al fumo sono attribuibili 6.819 decessi negli uomini (33,4% dei decessi per tumore) e 1.510 nelle donne (9,5%), al consumo eccessivo di alcol rispettivamente 592 (2,9%) e 434 (2,7%), all'eccesso ponderale 784 (3,8%) e 814 (5,1%), ai fattori di rischio dietetici 2.390 (11,7%) e 1.332 (8,4%) ed infine alla sedentarietà 699 (3,4%) e 1.365 (8,6%). Analizzando la distribuzione per ASL, la quota percentuale dei decessi attribuibili negli uomini mostra un andamento eterogeneo, oscillando tra il 51% ed il 59% (Figura 1). Nelle donne oscilla invece tra il 32% ed il 35% (figura 2). La stima da noi effettuata indica quindi come il 46% circa delle morti per tutti i tumori in Toscana (circa 16.700 decessi nel triennio 2010-2012) sia riconducibile a fattori di rischio potenzialmente modificabili, percentuale che negli uomini sale ben al 55% e nelle donne scende al 34%. In particolare, mentre negli uomini assume un peso rilevante la quota di decessi attribuibili al fumo, nella donna assume maggior

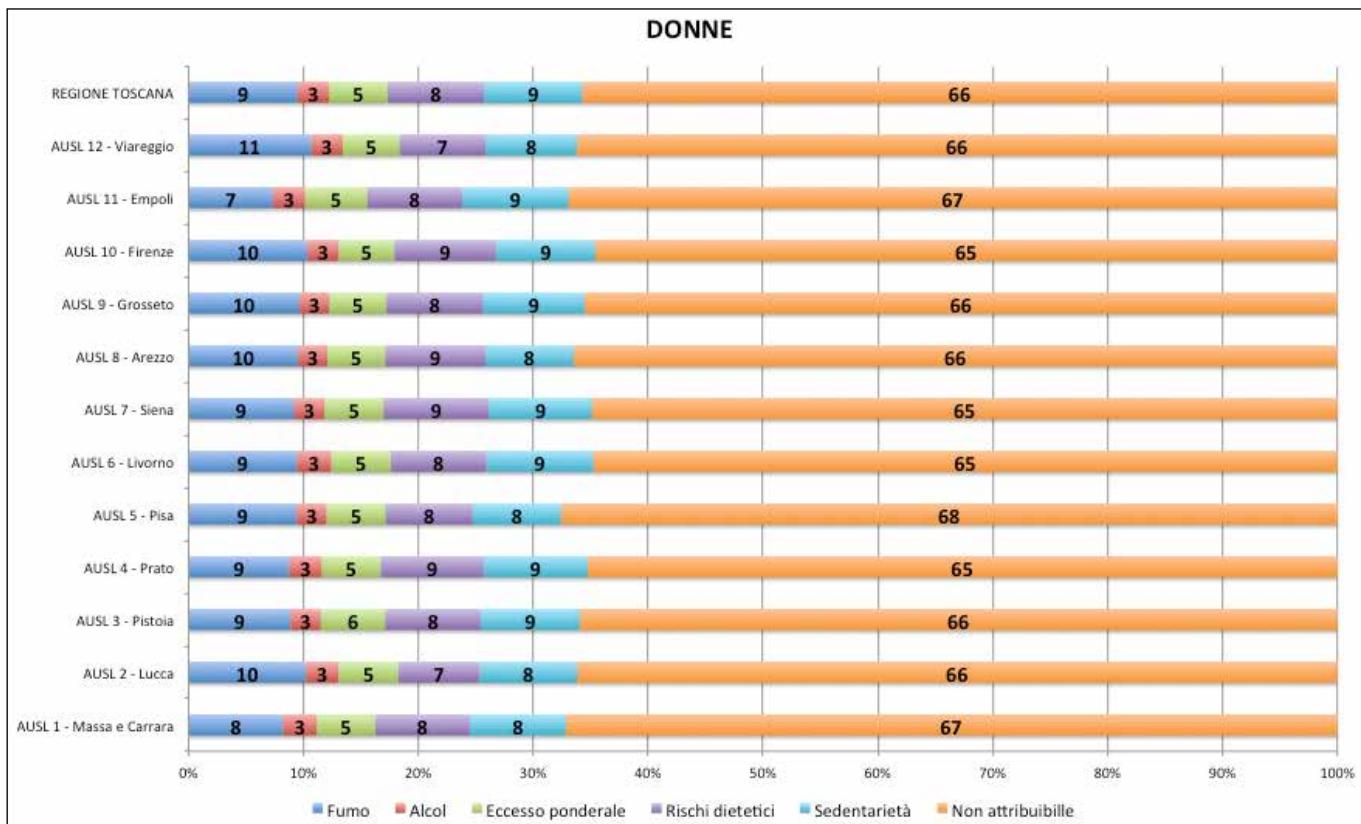


Figura 2 - Frazioni dei decessi per tutti i tumori attribuibili ai fattori di rischio analizzati nelle ASL toscane, triennio 2010-2012, donne.

rilevanza l'eccesso ponderale e la sedentarietà, in relazione soprattutto al peso che questi fattori di rischio hanno nell'eziologia del carcinoma mammario in post-menopausa.

Concludendo, possiamo affermare che queste stime permettono di quantificare per la prima volta l'impatto degli stili di vita sui decessi per tumore nelle varie ASL della Regione Toscana: circa 11.300 decessi per tumore negli uomini e 5.400 nelle donne sono attribuibili a stili

di vita potenzialmente modificabili. Questi dati evidenziano chiaramente la necessità di perseguire con sempre maggiore determinazione obiettivi di prevenzione primaria di popolazione e tutela della salute pubblica, ponendo attenzione anche a percorsi preventivi specifici per genere.

TM

Info: dottortomasograssi@gmail.com



Angelo Stefanini, Centro Studi e Ricerche sulla Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna. Osservatorio Italiano Salute Globale.

ANGELO STEFANINI

Stili di vita: la ricetta Neo-Liberista

Le campagne di educazione di massa continuano a basarsi sul presupposto che la causa ultima delle malattie, e l'obiettivo su cui agire, risieda nei singoli individui e nelle "libere" scelte che essi compiono. Ma focalizzarsi sulla responsabilità individuale fornisce un'efficace

copertura alle industrie del tabacco, alimentari, di bevande zuccherate e alcolici tese a difendere i loro profitti contro la minaccia di regolamentazioni o restrizioni governative. La visione dominante della promozione della salute tra gli operatori del settore sembra rimanere ineso-

rabilmente fossilizzata sul cambiamento dello "stile di vita" che il singolo individuo è sollecitato a compiere, anche se una mole crescente di letteratura scientifica dimostra la scarsa efficacia dell'approccio individualistico rispetto agli interventi strutturali e di popolazione e alle strategie combinate nel miglioramento durevole e sostenibile della salute. Tale impostazione è rappresentativa di un orientamento medicalizzato ai problemi della salute ed alcuni autori hanno definito questo riduzionismo come "la deriva dello stile di vita". È comprensibile come tale deriva possa arrivare fino a colpevolizzare chi in fondo non è che la vittima, o comunque non il principale responsabile di scelte comportamentali non certamente "libere".

Oggiorno, l'uso del termine "stile di vita" implica l'adozione di uno specifico regime di vita politicamente corretto, che comprende l'assillo della dieta, determinate forme di esercizio fisico, la rinuncia a comportamenti "non salutari" definiti da esperti, la riduzione o l'eliminazione di "fattori di rischio" (come l'osessione del colesterolo) e la regolare frequenza a visite mediche di controllo, *check-up* e *screening*. Di conseguenza, le politiche di promozione della salute che vanno per la maggiore sono quelle che suggeriscono che tutto andrà bene se gli individui semplicemente fanno esercizio fisico per trenta minuti al giorno e consumano più frutta e verdura.

Tale regime di vita portato ai suoi estremi è il riflesso di un'ideologia politico-economica che negli ultimi quarant'anni sembra essere diventata l'unico modo possibile di organizzare e gestire la società umana.

L'affermazione estrema dell'allora primo ministro britannico, Margaret Thatcher, che "non esiste una cosa chiamata società" è l'espressione più chiara dell'*ethos* individualista neoliberista e lo "stile di vita" fa da importante puntello a questa visione del mondo di cui è diventato il totem.

L'approccio individualistico è l'essenza del moderno *trend* verso la medicalizzazione della vita. È significativo osservare, per esempio, il capolavoro di travisamento ideologico contenuto nel multimiliardario programma europeo di ricerca *Horizon 2020*: la PHC, epico acronimo della *Primary Health Care*, la strategia, sociale oltre che sanitaria, per raggiungere la "Salute per Tutti" contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata (1978, OMS), è ora utilizzata dalla Commissione Europea per promuovere il suo speculare opposto, la *Personalizing Health and Care*, con grande risalto all'uso delle nuove tecnologie bio-mediche e alla ricerca genetica sulla cause di malattia. Un vero e proprio imbroglio concettuale che focalizza l'attenzione esclusiva sulla componente biologica delle persone e soprattutto sul "*compleSSo medico-industriale*", che dovrebbe fornire

gli strumenti per proteggere la sua salute. Nella lotta alle malattie croniche non stupisce che un modello di questo tipo sia fortemente sostenuto dalle grandi multinazionali: focalizzarsi sulla responsabilità individuale, infatti, fornisce un ottimo alibi non solo alle grandi "corporations" del tabacco, degli alcolici ecc., ma anche agli stessi decisori politici, assolvendoli dai possibili rischi ambientali derivanti da errate scelte in campo energetico, produttivo ed industriale. Pensiamo ad esempio ai rischi derivanti dall'industria chimica, dalle centrali a carbone o dagli inceneritori.

In altre parole, l'industria ha un forte interesse nella medicalizzazione della vita perché tale approccio alla salute va a suo esclusivo vantaggio.

Possiamo davvero ritenere credibile questo modello di promozione della salute che emerge da una simile filosofia della vita sociale? Non dimentichiamo i contenuti della Carta di Ottawa, il documento dell'OMS del 1986 che definisce la promozione della salute come essenzialmente legata alle scelte politiche in tutti i settori e a ogni livello della organizzazione sociale e che attribuisce alla Stato un ruolo centrale non certo "minimalista." Piuttosto che investire nei requisiti per una buona salute descritti dalla Carta, come reddito, abitazione, cibo, coesione sociale, ecc. ossia i determinanti sociali della salute, il quadro di riferimento neo-liberista è saldamente ancorato all'approccio dello stile di vita individualizzato. In questo modo, ciò che andrebbe visto come un problema sociale, un fallimento dello Stato e della società, ora deve essere inteso come una sconfitta del singolo individuo, una questione di responsabilità personale. Disoccupazione, povertà o mancanza di istruzione sono ridefinite come errate scelte personali di cittadini che hanno "liberamente" compiuto la loro scelta. Tutto ciò è, a nostro avviso, profondamente ingiusto ed ingannevole, anche perché in questo passaggio dall'intervento dello Stato alla responsabilità individuale, i cittadini nel processo virtuoso che dovrebbe condurli alla salute e del benessere non sono lasciati soli: una massiccia gamma di conoscenze specialistiche è messa a loro disposizione sotto forma di liste di "cose da fare e da non fare" per una vita sana. L'aziendalizzazione e la mercificazione della salute facilitano questo processo, aiutando i cittadini a diventare consumatori e imprenditori.

Tratto da "Stili di vita. La ricetta neo-liberista", pubblicato su www.saluteinternazionale.info

TM

Info: isde@ats.it



Francesco Cipriani,
Direttore dell'Agenzia
Regionale di Sanità
della Toscana, è medico
epidemiologo, igienista,
gastroenterologo e
nutrizionista.

FRANCESCO CIPRIANI

Salute è anche una scelta

Considerazioni sull'articolo di Stefanini

Viviamo sempre più a lungo, ma non sempre in buona salute. L'unica strada al momento identificata dai governi nazionali di tutto il mondo per ridurre o contenere gli anni vissuti con disabilità e con costi familiari e sociali insostenibili, è di intervenire per tempo sui fattori che ci fanno arrivare a fine vita in cattive condizioni. E secondo le migliori conoscenze epidemiologiche ad oggi disponibili, fumo di tabacco, alimentazione non equilibrata e sedentarietà sono quelli con cui ci giochiamo quasi tutto. A differenza di quanto ritenuto dai più, l'inquinamento ambientale ha su tutto questo un ruolo proporzionalmente minore. Dunque, in prima istanza conta molto di più ciò che ognuno di noi sceglie di fare - fumare, mangiare, fare sport, ecc.. - rispetto a quello che non possiamo scegliere, come l'aria che respiriamo. Per questo però ci sono le garanzie e i controlli di organismi credibili ed indipendenti, come ARPAT. La questione importante, sollevata bene da Stefanini, è però cosa significa "scegliere". Ed avere a mente che da tanto sappiamo che i più istruiti e benestanti "scelgono" meglio degli altri, da cui discendono le diseguaglianze di salute che registriamo ovunque. Da ricercatore laico, aperto a soluzioni praticabili, anche se parziali e modeste, non condivido invece la visione un po' pessimista - forse ideologica - che traspare dal documento, secondo cui le responsabilità individuali delle scelte di vita sono nelle mani di altri, inesorabilmente votati al profitto. Multinazionali e governi dell'economia globale che condizionano le scelte autonome. C'è molto del vero e documentato su questo. Ma preoccupa la visione unilaterale, che rimanda al "fuori di me" ogni responsabilità sulla determinazione del proprio modo di vivere. Come piace alle culture latine, Italia in testa, sempre pronte a giustificare i propri difetti e rinviare a terzi la responsabilità sulle scelte sbagliate individuali. E le condivisibili argomentazioni del documento, così poste, finiscono per diventare la giustificazione a perpetuare l'italico disimpegno. Per aiutare a cambiare le abitudini, forse anche per la mia formazione medica, preferisco soluzioni "qui ed ora", magari imperfette, ad im-

probabili rivoluzioni sociali dei comportamenti di massa e dei suoi determinanti. Da realizzarsi poi in che tempi? Certo incompatibili con la durata media della nostra vita professionale. Vedo bene, invece, la strategia della "salute in tutte le politiche", fatta propria dai governi nazionali e locali di tutto il mondo per "guadagnare salute", l'asse portante delle iniziative per ridurre l'impatto della diffusione delle malattie croniche conseguenti all'invecchiamento. Questa strategia, in poche parole, dice che le persone devono essere aiutate a scelte di salute puntando a creare condizioni ambientali favorevoli, piuttosto che investendo sulla "volontà" dei singoli, generalmente debole e particolarmente debole nei meno istruiti e nei più poveri. Che hanno anche meno "motivazioni" per scegliere al meglio nella vita. Proprio per le motivazioni ben espresse nel documento di Stefanini. Gli esperti della *Evidence based prevention*, che in Italia fanno riferimento ad un *network* avviato con i lavori pionieristici di Eva Buiatti, aiutano i governi a compilare il menù delle politiche che hanno maggiori probabilità di riuscire a favorire con questa strategia le scelte sane nella popolazione. E molto si può fare non tanto con le politiche della sanità, ma con quelle della mobilità, del commercio, dell'agricoltura, dell'istruzione, della sicurezza e così via. Piste ciclabili, mezzi di trasporto pubblici, strade sicure, mercati agricoli locali, prezzi bassi e accessi facili per alimenti raccomandati, prezzi alti, divieti e ostacoli per il fumo, bevande zuccherate e cibi salati, e così via. Tutte e tante cose che si sanno e che si possono fare subito e con alte *chance* di successo. Serve, semmai, a mio parere, un sano lobbismo scientifico di supporto a queste azioni dei governi, esercitato con documenti circostanziati, metodologicamente chiari, non ideologici, che conciliano, secondo i criteri della fattibilità, interessi collettivi di salute a quelli economici del profitto. E questo è compito dei professionisti dell'igiene e sanità pubblica. Cioè nostro.

TM

Info: francesco.cipriani@ars.toscana.it

TERESA BRUNO

Psicoterapia espressiva in riabilitazione psico-oncologica al Ce.Ri.On (ispo – lilt) di Firenze in collaborazione con l'associazione “La Finestra”



Teresa Bruno, si è laureata in Psicologia nel 2005 a Firenze e specializzata in Psicoterapia Espressiva ad Art Therapy Italiana, è membro A.P.I.Ar.T. (Associazione Professionale Italiana Arte Terapeuti) e SIPO (Società Italiana di Psico-Oncologia). Ha conseguito il master di II° livello in Psiconcologia e relazione con il paziente all'Università La Sapienza di Roma. Dal 2008 collabora al Ce.Ri.On.

Qualunque sia la diagnosi, la prognosi, la risposta alle terapie, non esistono tumori di scarsa rilevanza. Il cancro rappresenta sempre una prova esistenziale sconvolgente che riguarda tutti gli aspetti della vita: il rapporto con il proprio corpo, il significato dato alla sofferenza, alla malattia, alle relazioni familiari, sociali, professionali. L'evento tumore interrompe la percezione di continuità della vita del paziente e della sua famiglia, configurandosi come una frattura delle consuete attività, una crisi da affrontare.

Il trattamento del paziente oncologico ha l'obiettivo principale di migliorare la qualità della vita e di limitare il rischio di conseguenze psicopatologiche tali da condizionare la vita futura del malato.

Al Ce.Ri.On. (Centro di Riabilitazione Oncologica) di Firenze il paziente è accompagnato in un percorso integrato e individualizzato; la riabilitazione psicologica prevede colloqui individuali, consulenza psichiatrica e attività di gruppo. I gruppi sono condotti da psicoterapeuti e offrono uno spazio in cui sperimentare il modo di esprimersi, conoscere la propria interiorità, comunicare con gli altri, prendere coscienza del proprio corpo, diventare consapevoli nel presente.

“La Finestra” è un'associazione di volontariato fondata nel 2000 da Daniela Salvadori Guidi con lo scopo di migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici e dei loro familiari durante e dopo la malattia. I gruppi a mediazione espressiva di cui è responsabile al Ce.Ri.On. sono: psicoterapia espressiva (basata sulle tecniche dell'arte-terapia), musicoterapia (ascolto, espressione e comunicazione col suono, la musica, la voce), laboratorio di teatro (espe-

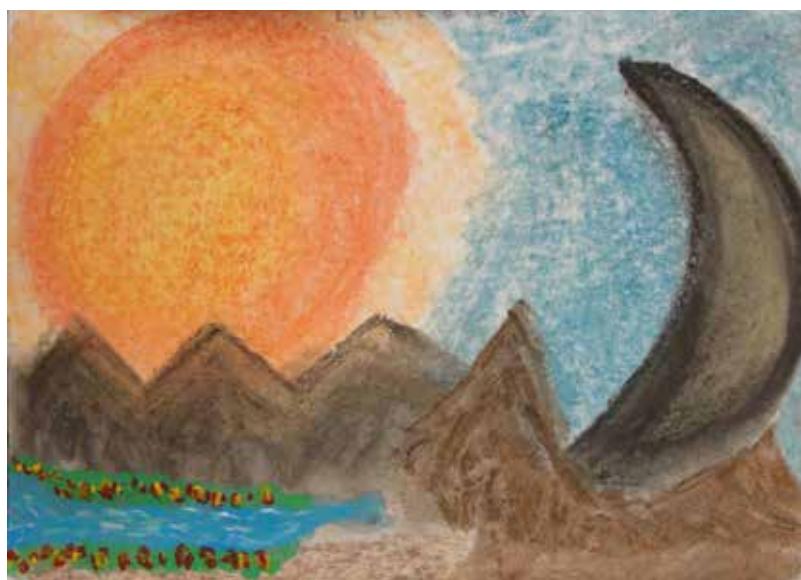
rienza col corpo, il gesto, la parola attraverso la messa in scena nello spazio), scrittura creativa (la parola come espressione di sé e del corpo vissuto, anche attraverso il racconto), la madre e il materno (esplorazione e approfondimento del tema sul femminile); organizza anche gruppi Feldenkrais per favorire la conoscenza del proprio corpo attraverso il movimento guidato e consapevole.

Nel gruppo di psicoterapia espressiva si sperimenta l'uso dei colori, delle immagini e delle forme, secondo la scuola di *Art Therapy* Italiana e gli insegnamenti di Paola Luzzatto (*The Creative Journey*) che favoriscono il paziente a entrare in contatto e ad esprimere le proprie emozioni profonde. Il Viaggio Creativo è un intervento progettato da Luzzatto e Gabriel all'interno del Servizio di Psico-oncologia del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* di New York.

Il Ce.Ri.On. vuole offrire ai propri pazienti tutte le possibilità terapeutiche affinché l'evento tumore non resti una frattura ma diventi una crisi da integrare nel proprio percorso di vita.

Nel gruppo di psicoterapia espressiva è possibile esprimere ed elaborare le emozioni difficili e facilitare il contatto con una parte di sé più positiva. Dal 2005 ad oggi sono più di 200 i pazienti che hanno partecipato.

Il “Viaggio Creativo” prevede 10 incontri di gruppo (più un *follow-up* a distanza di un mese) in cui partecipano 8 pazienti. Ad ogni seduta la psicoterapeuta propone una diversa tecnica artistica che porta alla realizzazione di un'immagine. Non è importante saper disegnare o dipingere poiché l'attenzione è focalizzata sul processo del fare, su ciò che emerge durante la realizzazione dell'immagine, non sulla bellezza.



za di ciò che si crea. A volte può bastare una forma, realizzata con un determinato colore ed uno specifico materiale artistico, per esprimere emozioni non facilmente verbalizzabili.

“Il seme nascosto” è uno dei 10 workshop proposti nel “Viaggio Creativo”: si chiede ai pazienti di rappresentare un paesaggio senza forme di vita umana, animale e vegetale. Suc-

cessivamente si individua un seme e ciascuno, guidato dalla propria immaginazione, lo fa crescere. Attraverso questa tecnica espressiva i pazienti entrano in contatto ed esprimono le loro emozioni profonde. Grazie anche alla condivisione nel gruppo trovano ascolto e sostegno, si attivano così risorse positive.

I risultati raggiunti da una delle oltre 200 pazienti che ha partecipato al percorso di gruppo possono riassumersi principalmente in tre:

1. Espressione: grazie all’immagine realizzata la paziente è riuscita ad esprimere a se stessa e al gruppo il suo vissuto: “ho rappresentato gli opposti, il sole luminoso e la luna buia, la morte e la vita... Infatti io mi sento così adesso”.

2. Elaborazione: è riuscita ad integrare gli opposti nell’immagine realizzata: “ho individuato il seme nella parte dove c’è più luce, ho pensato che lì ci fosse un ruscello, mi è sembrato di vedere l’acqua scorrere. Ho fatto nascere i fiori e la vegetazione. Due paesaggi divisi ma molto integrati”.

3. Risorse: partendo dalla crisi ha contattato le sue risorse personali e si è sentita nascere e crescere insieme ai fiori e al ruscello: “sono molto soddisfatta, prima non ero consapevole di aver rappresentato tanto”.

Come disse Einstein: la creatività nasce dall’angoscia, come il giorno nasce dalla notte oscura. È nella crisi che nascono l’inventiva, le scoperte e le grandi strategie.

La psicoterapia espressiva di gruppo si pone come un ulteriore strumento di cura della malattia oncologica e si fa carico degli aspetti emozionali dei pazienti che affrontano il cancro. Realizzare immagini significative, a cui viene attribuito un significato simbolico, aiuta ad entrare in contatto con parti di sé che rafforzano l’identità personale e attivano nuove risorse. L’esperienza dei gruppi espressivi si rivela significativa per i malati oncologici che affrontano la diagnosi, le terapie e i controlli medici. L’operato della Finestra si pone nell’ambito della psicologia positiva e del benessere che caratterizza il modello bio-psico-socio-spirituale della psicologia contemporanea e della medicina maggiormente attenta ai bisogni del malato.

TM

Info: brunoteresa@gmail.com

LEGENDA

SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I **LINK TRAMITE CODICE QR.
NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE
O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI**



Codice QR - Rimanda Link esterno con cellulare



URL - Rimanda Link esterno



Sommario - Rimanda pagina interno



E-mail - Rimanda programma e-mail

Il documento elaborato dal "Cortile dei Gentili" con la partecipazione attiva di membri della SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) e della SICP (Società Italiana di Cure Palliative), è stato presentato a settembre u.s. al Senato. Nei casi di legittimo rifiuto o di non

proporzionalità delle cure, "l'astensione e l'interruzione sono condotte che adempiono a un dovere deontologico e come tali devono essere sottratte a sanzione, sia civile che penale"; il medico ha il dovere di interrompere le cure se non proporzionali a benefici e sofferenze della persona".

Fine vita. Un manifesto d'intesa tra cattolici e non credenti

Sintesi delle linee propositive sulla relazione di cura

Ciascuno di noi, quando diventa paziente, da un lato ha diritti che vanno salvaguardati, dall'altro si trova affidato ad altri, ed in primis ad uno o più medici. Ciò può indurre ad impostare e quindi a leggere la relazione di cura alla stregua del classico rapporto dialettico fra libertà e autorità.

La relazione di cura – è questo l'asse portante del nostro documento – va vista e vissuta come un dialogo costante fra paziente e medico, nutrito da flussi reciproci di informazioni e di valutazioni e rivolto alla medesima finalità. Ciò consente al medico di calibrare le cure in funzione dei caratteri non solo fisici del paziente e allo stesso paziente di far valere i suoi diritti non come delle aprioristiche ed ignare prese di posizione, ma come scelte consapevoli, matureate attraverso il dialogo.

È su questa premessa che il documento definisce e chiarisce i tre principi ai quali le cure devono ispirarsi: appropriatezza, proporzionalità e consensualità. La cura è appropriata non solo quando soddisfa i parametri di oggettiva validità scientifica, ma quando è in sintonia con il sentire del paziente rispetto al suo bene e riscuote così la sua fiducia, anche perché se ne sente coinvolto e rispettato.

La cura è proporzionale quando tiene conto insieme dei benefici e della sofferenza della persona curata, con la conseguenza che nasce per il medico il dovere di interromperla e rimodularla, ove risulti non proporzionata sotto l'uno o sotto l'altro profilo.

La cura è infine consensuale, perché consensuale è tutta la relazione di cura, un processo che deve portare alle decisioni terapeutiche in

modo commisurato alle condizioni del paziente, alla sua capacità e disponibilità ad acquisire informazioni, a valutare il proprio stato e ad assumere la responsabilità del proprio futuro. In questa chiave la sua autodeterminazione va sempre sostenuta, anche quando si esprime nella scelta di affidarsi puramente e semplicemente al medico. E nel caso in cui le sue condizioni fisiche e psichiche non gli consentano di prendere parte attiva alle decisioni terapeutiche, il medico farà comunque il possibile per osservare i principi di appropriatezza e di proporzionalità e sarà sempre pronto a riconsiderare la propria valutazione per rispettare la volontà del malato.

Quali sono i principali strumenti per attuare questi principi? Il primo, quando la cura non sia esaurita da singoli atti medici o da trattamenti di modesto rilievo, è la pianificazione condivisa delle cure. Essa consente al medico e al paziente di prevedere situazioni probabili o possibili ed ipotesi di trattamento preferite o rifiutate. Garantisce quindi una proiezione al futuro del consenso, che si estende, se il paziente lo richiede, anche oltre una sua perdita di capacità.

Il secondo strumento è il fiduciario, cioè la persona dalla quale il paziente può decidere sia di essere affiancato, sia, in caso di incapacità, di essere rappresentato e tutelato nella relazione di cura. Il fiduciario è essenziale ove sia utilizzato il terzo strumento, le dichiarazioni anticipate del paziente.

Esse sono volte al rispetto dell'identità dello stesso paziente e servono a realizzare, nei limiti del possibile, una egualanza di trattamento tra persone attualmente capaci e persone che non

lo sono più. Naturalmente non vanno considerate un onere per la persona, che deve essere libera di giovarsi o meno in base alle proprie esigenze e convinzioni. Quando esse vi siano, rivolte come sono a situazioni ipotetiche future, rimarranno affidate alle collaborazione fra il medico e il fiduciario, che dovranno attualizzarle e concretizzarle in vista del miglior rispetto delle preferenze e della volontà del dichiarante nella situazione data, in una sorta di perdurante continuazione della relazione terapeutica.

Nella relazione terapeutica va anche collocato il rifiuto di cure, che è un risvolto necessario della loro consensualità e della loro stessa appropriatezza, in relazione al beneficio che ne percepisce il paziente. Questi, se capace, non può non esserne l'ultimo interprete, anche là dove si tratti di cessare la lotta per il prolungamento della sopravvivenza, interrompendo i trattamenti in atto e rimodulando le cure in senso palliativo. Nei casi di legittimo rifiuto o di non proporzionalità delle cure – sottolinea il documento – l'astensione e l'interruzione sono condotte che adempiono a un dovere deon-

tologico e come tali devono essere sottratte a sanzione, sia civile che penale. Per converso, ove l'interruzione esiga l'intervento del medico e possano insorgere in ciò i presupposti per l'obiezione di coscienza, il medico potrà legittimamente sottrarsi all'intervento, nel rispetto tuttavia del dovere deontologico di assicurare altrimenti la continuità di assistenza.

Pubblichiamo volentieri questo autorevole documento frutto di un ragionevole compromesso tra persone di diverse credenze ma ugualmente consapevoli dei problemi umani che non possono essere affrontati con le ideologie ma con la partecipazione sincera alla sofferenza. Il mondo si interroga sulle conseguenze di una medicina sempre più tecnologica e meno empatica. Ripetiamo il principio inspiratore di un editoriale pubblicato di recente su questa stessa rivista: i medici debbono riaffermare il concetto che la "buona morte" è solo la parte conclusiva di una relazione umana consapevole, sincera e reciprocamente onesta.

TM

ANTONIO PANTI

La morte e la medicina

La morte è l'unica certezza della vita; come disse Bichat "la sola malattia che ha il 100% di mortalità è la vita". Si muore in tanti modi ma oggi sempre più spesso accade di morire in un contesto sanitario, in qualche modo "sotto controllo medico". Nonostante i cambiamenti antropologici nel rapporto dell'uomo con la morte, al di là di tutte le discussioni sulla fase terminale della vita, su come ognuno la vorrebbe vivere e sulle direttive anticipate di trattamento, resta il fatto che assai spesso è il medico, con le sue cure che spaziano dal sostegno vitale alla futilità terapeutica, che decide sulla morte. Tuttavia il medico è impegnato a sostenere la vita, a opporsi con ogni mezzo al decorso naturale della malattia e considera la morte una sconfitta. Anche se il codice deontologico è chiarissimo nell'indicare l'obbligo senza deroghe di assistere il morente sedando il dolore, aiutando una fine serena, limitando i sostegni vitali al sollievo della sofferenza, specificando che la sedazione non configura atto eutanásico ma doveroso aiuto, c'è comunque una contraddizione tra la medicina e la morte. Questa è un irrevocabile fatto biologico (a meno di un vero "errore medico") e quindi a rigore non si può

configurare come atto medico. Tuttavia è atto del medico l'assistenza al morente e l'accompagnamento non solo fisico ma psicologico e spirituale alla fine della vita.

La morte conclude la vita e spesso avviene al termine di una lunga malattia contro la quale la medicina ha impegnato tutti i suoi sofisticatissimi mezzi. Il medico è presente fino alla fine, tuttavia la morte è come un atto medico che avviene quasi in un tempo sospeso dell'assistenza sia sul piano clinico, lo sforzo per alleviare le sofferenze, sia sul piano umano, il tentativo di dare senso e accompagnamento. In conclusione esiste una parte di medicina che riguarda ciò che accade quando ormai la medicina curativa, intesa come mezzo artificiale per influire sul decorso naturale della malattia, non ha più niente da offrire. Quindi la medicina e il medico non sono esclusi dall'evento morte, che può avvenire senza il loro coinvolgimento, ma che altrettanto spesso è inserito in un rapporto col paziente e con i familiari, al momento del lutto, che senz'altro rappresenta parte integrante della cura, come appare evidente dal riconoscimento dato alle cure palliative come settore professionale e come modalità di approccio al

malato che si avvia al termine della vita.

Non si tratta allora di accettare la morte superando il concetto di fallimento delle cure, ma di ricomprendere questa nel bagaglio dell'assistenza. Insomma l'assistenza al morente rientra tra i compiti del medico e con quale ruolo, diversamente da quello dei familiari o degli amici o di chi si occupa di religione (di spiritualità ovvero di resilienza dovrebbe occuparsi anche il medico)? I modi sono tipicamente sanitari, scritti nel codice deontologico e nella storia della professione: aiutare umanamente, alleviare la sofferenza, lenire il dolore. La buona morte appartiene al medico; ecco perché dovremmo riabilitare in senso medico la parola eutanasia. Ricordando che la deontologia e la legge impongono il rispetto dell'autodeterminazione del paziente a cui il medico non può imporre alcunché, anzi non può intraprendere, e deve interrompere le cure cui il paziente non abbia dato il consenso o abbia espresso dissenso.

Quindi anche l'interruzione delle cure fa parte degli atti che il medico compie per garantire al paziente la fine che egli desidera per sé.

Sempre più nella società si manifestano esigenze per dare forma e norma a queste situazioni di fatto. Tutti desiderano l'aiuto della medicina ma temono una sopravvivenza contraria all'idea di dignità che ciascuno ha pensato per sé. La percezione dell'autodeterminazione come libertà personale, che si esige proprio nel momento più drammatico della vita, sempre più si diffondono nella società. Le legislazioni di molti paesi consentono il suicidio assistito o comunque proteggono e sostengono il medico nella sospensione delle cure, nel rispetto della volontà del paziente e della sua visione della dignità del vivere. Sarebbe interessante sapere cosa ne pensano i medici e i cittadini. Forse il Parlamento ne avrebbe una scossa salutare per cercare un equilibrio tra i diversi valori in campo.

TM

RICERCA E CLINICA

MARCO LA GRUA

L'endoscopia del canale spinale (epiduroscopia)



L'epiduroscopia è una procedura minimamente invasiva, che viene eseguita introducendo e facendo progredire uno strumento munito di fibra ottica (epiduroscopio) nello spazio epidurale attraverso lo hiatus sacrale (Figura 1). L'epiduroscopio possiede canali operativi attraverso i quali possono essere introdotti nello spazio epidurale strumenti utilizzabili per la lisi delle aderenze epidurali post-chirurgiche o post-infiammatorie.

DESCRIZIONE DELLA TECNICA

Si pratica un piccolo pompo di anestetico locale a livello dello hiatus sacralis, quindi si inserisce un ago metallico attraverso il quale, sotto controllo radiologico, viene inserito e fatto progredire nel canale sacrale un filo guida anch'esso di materiale metallico (Figura 2). L'ago viene quindi rimosso lasciando il mandrino in sede e su questo si introduce un dilatatore (tecnica Seldinger) attraverso il quale si posiziona una cannula di lavoro che permette quindi l'inserimento dell'epiduroscopio. Lo strumento è direzionabile attraver-

so un manipolo che consente la flessione della punta su 2 o 4 piani (a seconda del modello) e possiede almeno due canali dei quali uno viene occupato dalla fibra ottica flessibile di piccolissimo diametro (0,9 mm) ed uno è invece dedicato alla infusione/aspirazione di fluidi per il lavaggio dello spazio epidurale al fine di migliorare la visibilità durante la procedura, oltre che all'utilizzo di strumenti operativi. La risalita dello strumento nel canale vertebrale viene controllata sia attraverso visione diretta attraverso la fibra ottica che con controllo radioscopico.

Attraverso l'ottica in alta risoluzione è possibile visualizzare le radici nervose, la dura madre ed in talune condizioni anche la parte posteriore dei dischi intervertebrali (Figura 4). Il canale operativo dello strumento permette di utilizzare pinze, cateteri con palloncino tipo Fogarty o cateteri per radiofrequenza (Figura 3), in modo da poter trattare la patologia identificata con l'endoscopia; possono essere inoltre selettivamente somministrati farmaci a livello delle radici infiammate a scopo terapeu-

Marco La Grua,
Specialista in Anestesia
e Rianimazione. Master
Universitàrio in Terapia
del Dolore. Libero
Professionista, collabora
con Medicina del Dolore
(Rimini) ed Advanced
Algology Research.

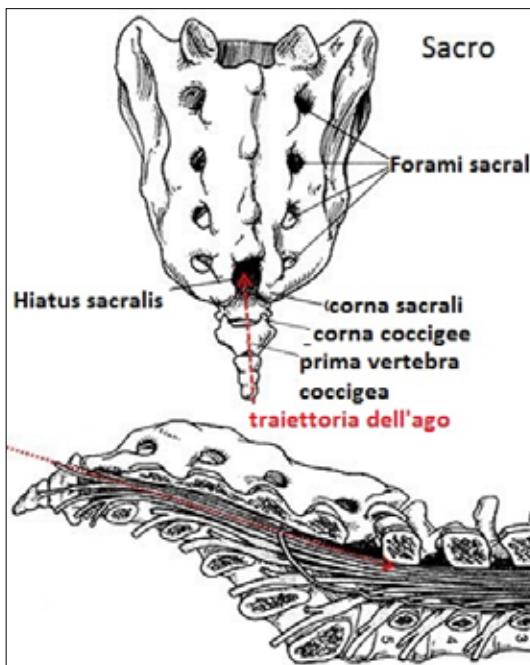


Figura 1 - Posizione dello hiatus sacralis e traiettoria di inserimento dello strumento in visione antero-posteriore e laterale.

tico e diagnostico. La procedura richiede circa 90 minuti e riesce a visualizzare le strutture all'interno del canale vertebrale fino a livello di L3, L4, L5 oltre che tutti i livelli sacrali.

INDICAZIONI

Le indicazioni alla procedura sono principalmente di tipo diagnostico e di trattamento del dolore lombare cronico con o senza irradiazione radicolare a livello degli arti inferiori. L'indicazione clinica più frequente è nelle sindromi dolorose post-chirurgiche (*Failed Back Surgery Syndrome*), nella stenosi del canale centrale e nella spondilolistesi lieve, ovviamente dopo che tali casi non hanno risposto a trattamenti farmacologici, riabilitativi o di tipo infiltrativo con minore invasività e dove non sussistano ulteriori indicazioni chirurgiche. Nell'ambito di un algoritmo diagnostico-terapeutico per il dolore persistente o cronico di tipo lomboscialtigico l'epiduroscopia può essere collocata

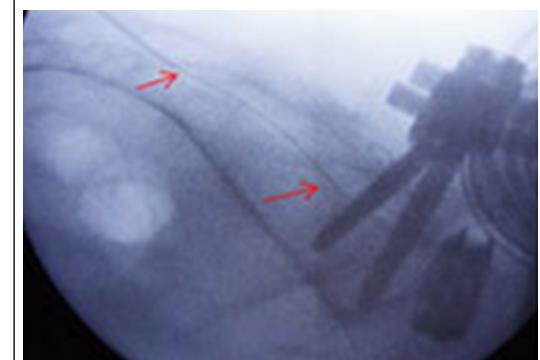


Figura 2 - Puntura dello hiatus, introduzione del filo guida e sua risalita nel canale sacrale.

come uno step intermedio fra procedure meno invasive come ad esempio una epidurolosi trans-sacrale secondo Racz e, quando indicato, un trial di stimolazione midollare.

RISULTATI



Figura 3 - L'epiduroscopio, con il manipolo che ne permette la direzionalità e con inserita la fibra ottica ed il circuito per il lavaggio del canale spinale. Nella seconda figura un ingrandimento della punta dello strumento con evidenziati la fibra ottica (freccia gialla) e la pinza che fuoriesce dal canale operativo.

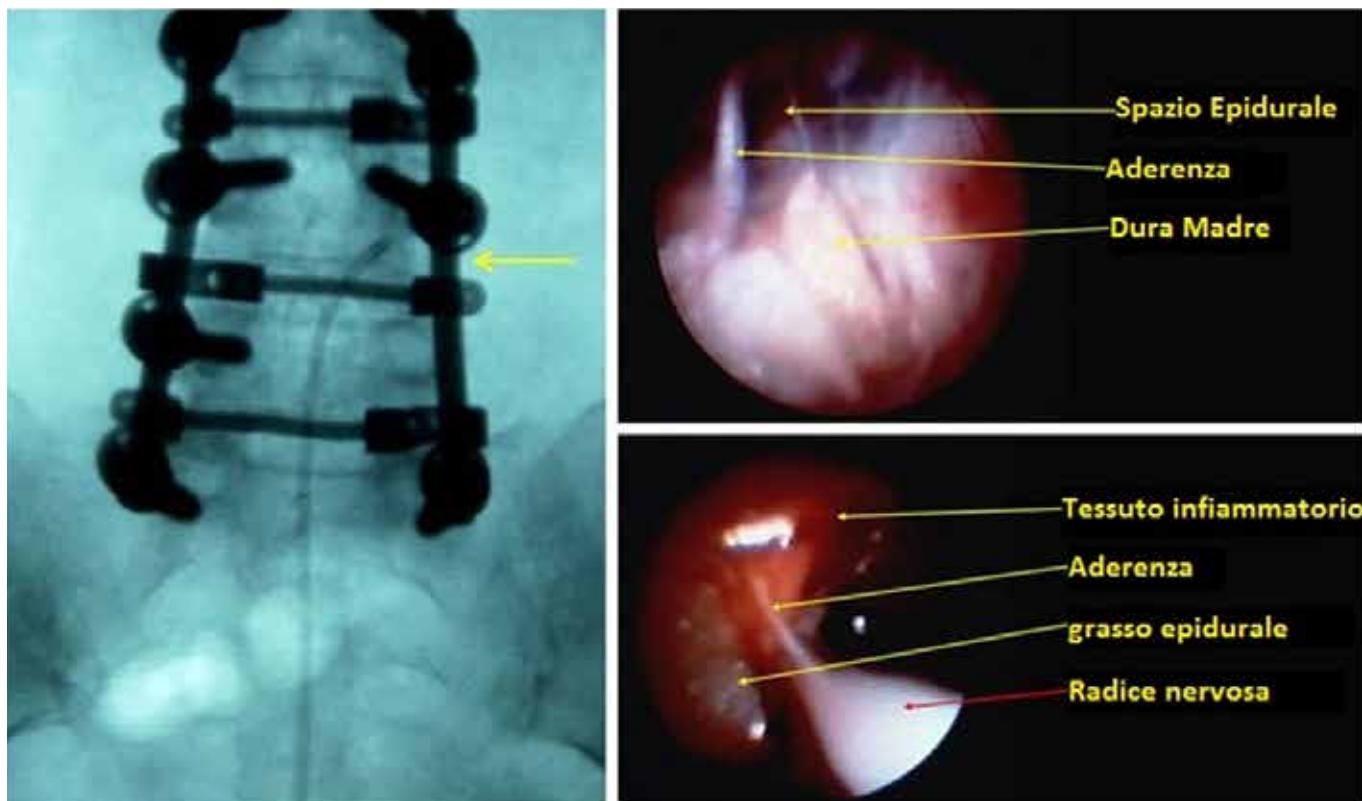


Figura 4 - A sinistra immagine radiologia dell'epiduroscopio a livello del forame di coniugazione L4L5 a dx. Nelle altre immagini, aspetto endoscopico corrispondente durante la procedura.

I pazienti possono ottenere risultati immediati con il miglioramento del dolore causato dalla presenza di aderenze epidurali e dal processo infiammatorio locale. Il miglioramento avviene sia attraverso la lisi meccanica e farmacologica delle aderenze epidurali che con il lavaggio dei mediatori infiammatori dal canale vertebrale con soluzione fisiologica durante la procedura oltre che dalla somministrazione di farmaci anti-infiammatori direttamente sulle strutture target nel canale spinale. Il paziente deve essere

comunque incoraggiato e supportato nell'intraprendere dopo il trattamento un corretto percorso riabilitativo che stabilizzi il controllo del dolore ed il recupero funzionale ottenuto, dato che l'epiduroscopia costituisce solo una parte del percorso terapeutico integrato da un trattamento multimodale farmacologico, riabilitativo ed occupazionale.

TM

Info: m.lagrua@medicinadeldolore.org

CONVEgni e CONGRESSI 2016

III Congresso Nazionale

Società Scientifica COMLAS

dal titolo

**L'EVOLUZIONE DELLA DISCIPLINA MEDICO LEGALE
E LE GARANZIE PER I CITTADINI E PER GLI OPERATORI SANITARI**

che si terrà a

FOGGIA dal 29 Settembre al 1 Ottobre 2016

presso l'Università degli Studi di Foggia (Facoltà di Lettere)

Programma ed iscrizioni saranno disponibili a breve sul sito web www.comlas.org oppure www.publreditweb.it

Info: 0171 67224



Dalmar Abdulcadir, laureato a Firenze in Medicina e Chirurgia, ha conseguito la specializzazione in Radiologia presso l'Azienda Ospedaliera dedicandosi specificatamente alla Senologia Diagnostica ed Interventistica. Collabora come radiologo senologo presso l'Istituto Fanfani, di Firenze.

D. ABDULCADIR¹, E. GIANNOTTI², C. VOLPE¹, F. FANFANI¹

Mammografia con mezzo di contrasto: la nuova era della diagnostica senologica

Il carcinoma della mammella è la neoplasia più frequente nel sesso femminile, rappresentando il 29% delle diagnosi di tumore. In Italia si stima una incidenza di oltre 47.000 casi l'anno, con una sopravvivenza dell'85% a cinque anni dalla diagnosi.

La mammografia è l'esame di riferimento per lo screening mammario ed ha permesso una notevole riduzione della mortalità (stimata dal 20% al 40%) ma ha tuttavia alcune limitazioni, in particolare la sua sensibilità si riduce notevolmente in presenza di seno denso, in quanto il cosiddetto "rumore anatomico" può mascherare la presenza di eventuali lesioni. La sensibilità si riduce infatti al 62% in seni densi contro l'87% in seni adiposi, con una specificità dell'89% nei seni densi contro il 97% nei seni adiposi. La mammografia ha infatti un discreto numero di falsi negativi, non diagnosticando circa il 20% dei tumori mammari, con un 9% già palpabili. La sua sensibilità è ancora più bassa in fase di stadiazione preoperatoria, non diagnosticando ulteriori foci multifocali e multicentrici di malattia causando un trattamento inadeguato.

Negli ultimi decenni, la mammografia analogica è stata sostituita dalla mammografia digitale che ha permesso, con le sue immagini di alta qualità e la sua migliore risoluzione di contrasto, di migliorare l'accuratezza diagnostica in popolazioni di screening e di sviluppare applicazioni come la tomosintesi e la CESM (Contrast Enhanced Spectral Mammography).

La CESM unisce i principi della mammografia alla somministrazione del mezzo di contrasto (mdc) endovenoso, che permette, come in risonanza magnetica (RM), una valutazione contrastografica della mammella evidenziando le zone che captano il mdc, tipica espressione di neoangiogenesi neoplastica.

La CESM consiste nell'acquisizione di mammografie digitali a bassa ed alta energia con tecnica Dual Energy dopo la somministrazione di mezzo di contrasto (mdc) iodato endovenoso, con successiva sottrazione spettrale e produzione di una immagine mammografica combinata, ove si evidenzia solo il mdc e che permette di ridurre

il rumore anatomico (Figura 1). La CESM è una tecnica recente e promettente nel management del tumore mammario; è un esame affidabile che ha mostrato una accuratezza diagnostica elevata nella diagnosi di lesioni maligne, comparabile alla RM e maggiore della mammografia convenzionale. I vantaggi maggiori sono il basso costo, la facilità di installazione, la buona tolleranza e comfort, e la maggiore facilità di lettura rispetto alla mammografia standard.

Per eseguire l'esame, la paziente deve presentarsi a digiuno, avere eseguito un esame del sangue che confermi che la creatininemia sia nella norma ed aver eseguito una preparazione farmacologica in caso di dianesi allergica.

Viene quindi posizionato un accesso venoso e somministrato il mdc iodato, con dose di circa 1,5ml/kg con iniettore automatico per assicurare un flusso costante. Dopo 2 minuti dalla somministrazione del mdc si acquisiscono una serie di immagini a bassa ed alta energia in rapida successione mentre la mammella rimane compresa per i pochi secondi necessari per l'esecuzione dell'esame. Vengono eseguite le 4 proiezioni standard (CC, OBL) bilateralemente. (Figura 2). L'esame ha una durata complessiva inferiore a 10 minuti ed è ben tollerato dalle pazienti.

Per quanto riguarda la dose per la CESM, è solo lievemente aumentata rispetto alla classica mammografia. L'esposizione a bassa energia corrisponde a una mammografia convenzionale, mentre per l'esposizione ad alta energia si può stimare che l'esposizione corrisponda a circa il 20% di una mammografia convenzionale; quindi complessivamente la dose alla paziente è circa 1.2-1.5 volte quella di una mammografia convenzionale.

Dal 2003 ad oggi sono stati condotti 10 studi di con CESM che hanno arruolato 942 pazienti ove la CESM ha mostrato una sensibilità media del 94% e specificità del 81%.

Presso l'Istituto di Ricerche Cliniche Fanfani sono stati eseguiti 13 esami di CESM da Dicembre 2014 ad Aprile 2015 (77% per stadiazione e 23% per problem solving), e la metodica ha mostrato una sensibilità del 100% con VPN del 100%, dimostrandosi accurata nel corretto in-

¹ Ricerche Cliniche Prof. Manfredo Fanfani
² Diagnostica Senologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi Firenze.

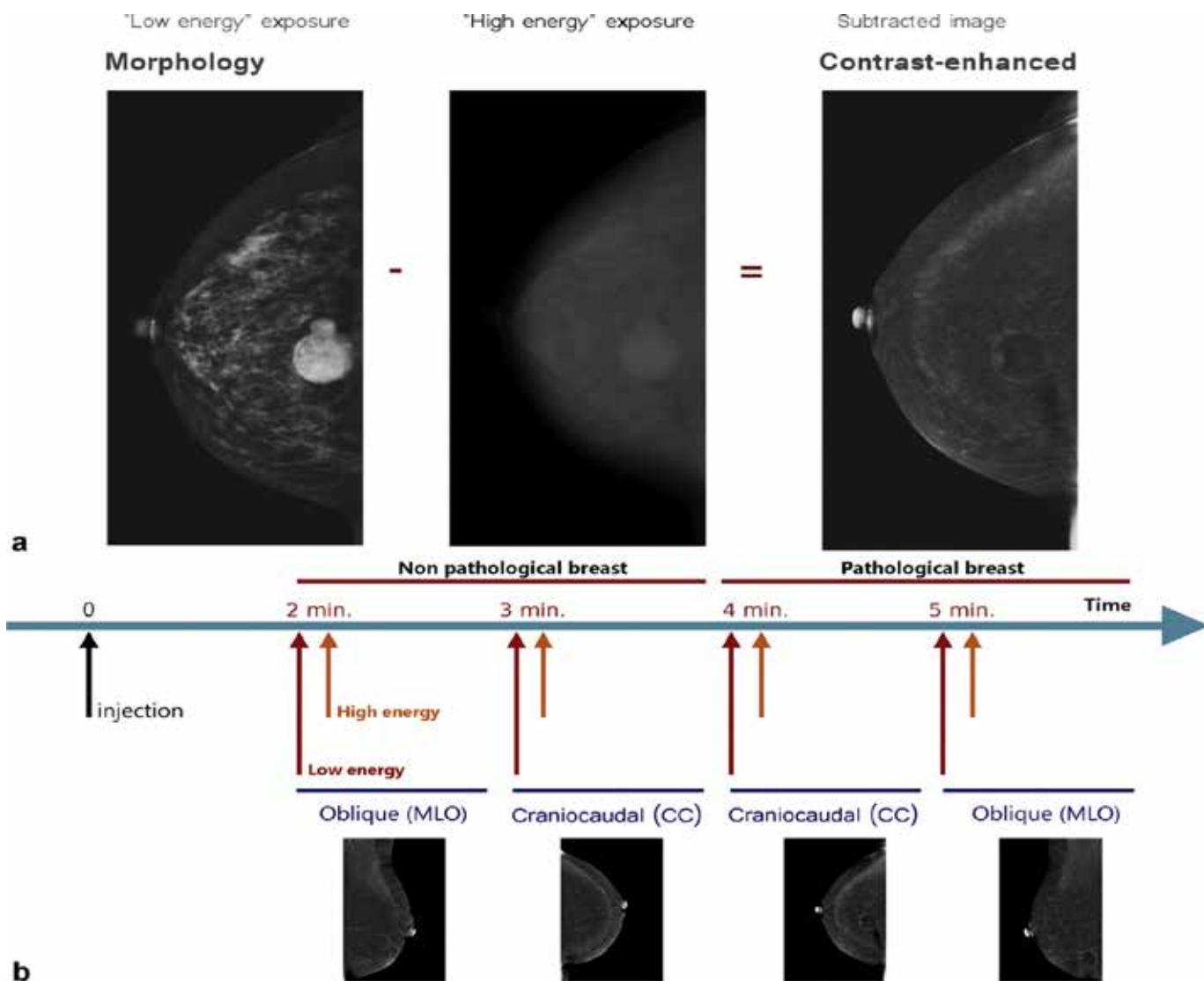


Figura 1 - Esecuzione CESM

quadramento per il successivo iter diagnostico terapeutico e nella valutazione dimensionale della lesione in fase preoperatoria. Il mammografo utilizzato è stato il Selenia Dimensions di Hologic Inc. (Bedford, MA, USA).

Alla luce degli studi presenti in letteratura e dell'esperienza personale è possibile affermare che l'esame CESM sia un esame affidabile che ha mostrato una accuratezza diagnostica elevata nella diagnosi di lesioni maligne, comparabile alla RM e maggiore della mammografia convenzionale; permette di aumentare la sensibilità diagnostica della mammografia senza perderne specificità, ha infatti un alto valore predittivo positivo. Permette inoltre di incrementare il valore predittivo negativo con una forte riduzione dei falsi negativi. È un esame riproducibile, non è operatore dipendente, è veloce e sicuramente meno costoso della RM.

Gli studi fino ad oggi condotti hanno dimo-

strato che come la RM, la CESM è particolarmente utile nella valutazione dimensionale delle neoplasie mammarie, permettendo una corretta valutazione della lesione e individuando eventuali foci multicentrici, multifocali o contralaterali. La corretta valutazione dimensionale è di fondamentale importanza in fase di *staging* prechirurgico per un giusto *planning* preoperatorio e per poter ottenere dei margini di resezione liberi da malattia. In fase preoperatoria ad oggi viene eseguita la RM mammaria che ha una elevata sensibilità diagnostica, con elevato valore predittivo negativo, ma è gravata da una bassa specificità. È un esame inoltre che non è disponibile ovunque, costoso e di lunga durata, inoltre alcune pazienti non possono eseguirlo per controindicazioni assolute o relative.

I risultati degli studi fino ad oggi condotti hanno dimostrato che la CESM ha una elevata accuratezza diagnostica nella diagnosi del tumore mammario, e potrebbe essere utile nella stadia-

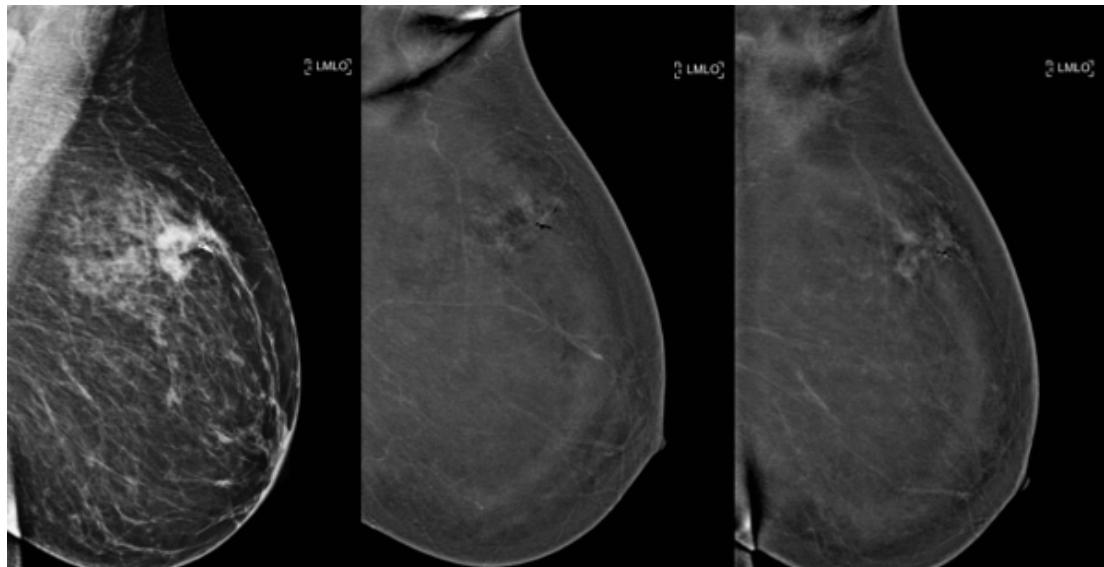


Figura 2 - Carcinoma mammario di tipo colloide: A) mammografia proiezione obliqua (MLO) della mammella sinistra. B) CESM in fase precoce con enhancement tipo massa ai quadranti superiori. C) CESM in fase tardiva con migliore visualizzazione della lesione.

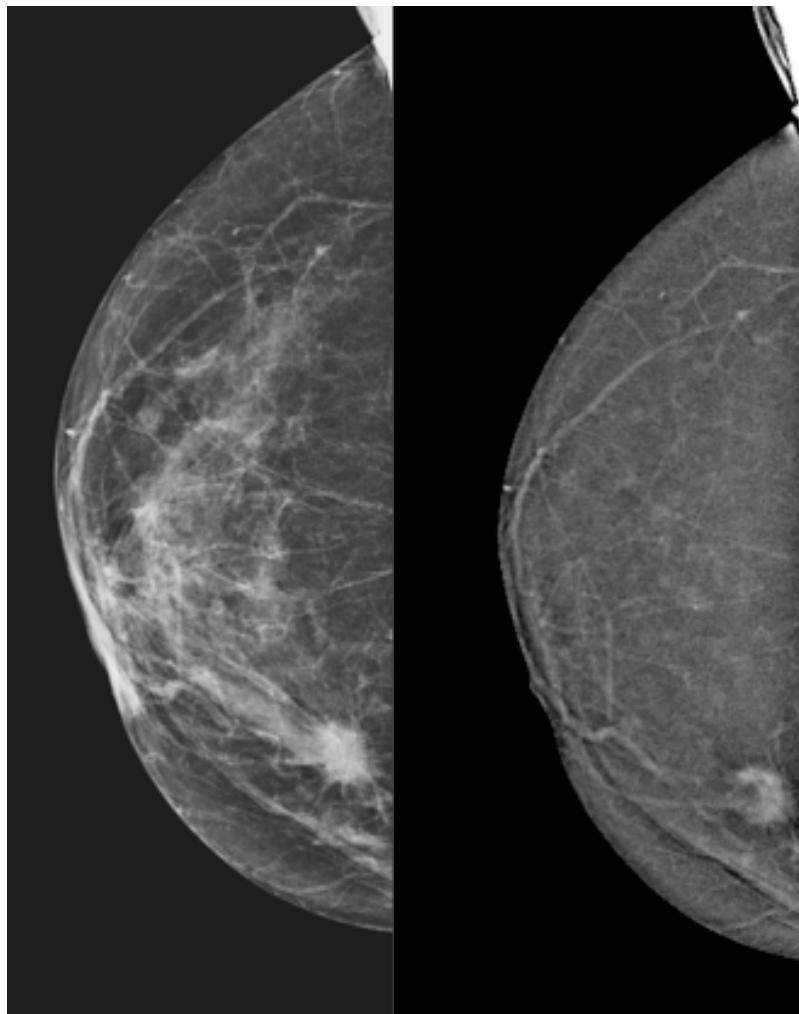


Figura 3 - Carcinoma duttale infiltrante: mammografia proiezione cranio-caudale (CC) della mammella destra. A) immagine pre-contrasto. B) enhancement di tipo massa di 15 mm al quadrante centrale interno a destra.

zione preoperatoria e nella valutazione di lesioni sospette. Questi risultati incoraggiano l'esecuzione di ulteriori studi clinici per poter definire il ruolo di questa metodica nell'iter di diagnostica senologica.

Sulla base della nostra esperienza in accordo con altri Autori, le indicazioni dell'esame CESM, alcune delle quali comuni all'esame RM, potrebbero essere:

- lesioni dubbie o sospette, *problem solving* (BIRADS 3-4)
- stadiazione locale preoperatoria per carcinoma mammario
- diagnosi differenziale tra cicatrice e recidiva
- Cup Syndrome (linfoadenopatia ascellare metastatica in assenza di primitivo mammario)
- pazienti con controindicazioni assolute o relative alla RM.

Considerando le controindicazioni all'esame RM, la sua bassa specificità, il suo più alto costo e la maggiore durata della procedura, la CESM potrebbe essere considerata una valida alternativa alla RM, specie nella stadiazione prechirurgica del carcinoma mammario.

TM

Info: dalmar.abdulcadir@gmail.com

Ringraziamenti:

Jacopo Nori Cucchiari²,
Luis Sanchez³,
Donato Casella⁴.

² SOD S Diagnostica Senologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi Firenze

³ SOD S Chirurgia Senologica, Centro di Senologia-Breast Unit. Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi Firenze

⁴ SOD S Chirurgia Oncologica Ricostruttiva, Centro di Senologia-Breast Unit. Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi Firenze

L. MASIERI¹⁻², M. LANCIOTTI¹⁻², C. CINI¹, M. TAVERNA¹,
L. LANDI¹, M. BETTI¹, A. ELIA¹⁻², M. CARINI²

La chirurgia robotica in urologia pediatrica



La Chirurgia è una disciplina in costante evoluzione sia per le sempre più definite conoscenze anatomiche ed ultrastrutturali che per il continuo sviluppo tecnologico. Negli ultimi decenni si è assistito all'introduzione ed alla progressiva diffusione della chirurgia mini-invasiva, che in particolar modo in Urologia ha trovato enorme sviluppo. Basti pensare all'endoscopia urologica che permette oggi di trattare patologie quali l'iperplasia prostatica benigna, le neoplasie vesicali superficiali e la calcolosi urinaria senza dover ricorrere ad incisioni chirurgiche. Grazie alla continua evoluzione dei sistemi computerizzati ha poi preso sempre più campo la "chirurgia robotica". Il primo robot in Urologia è stato sperimentato nel 1988 per ottimizzare l'intervento di resezione endoscopica per l'Iperfrofia Prostatica Benigna. La successiva evoluzione della chirurgia robotica è stata poi influenzata dalla ricerca in ambito militare per consentire ad un chirurgo di operare a distanza, per via telemessa, in una sala operatoria sul campo di battaglia. I movimenti eseguiti dal chirurgo venivano trasmessi e replicati fedelmente da un sistema di bracci meccanici che operava direttamente sul paziente. Fu quindi sviluppato dalla società "Intuitive Surgery" il sistema Da Vinci ® (in onore del noto genio italiano) basato sul concetto che il chirurgo siede ad una console computerizzata collegata ad un sistema in grado di trasformare il movimento delle mani in impulsi che vengono a loro volta trasformati in movimenti

delle braccia robotiche. Il sistema Da Vinci ® è basato sul concetto della "Immersive Intuitive Interface" che si fonda su alcuni punti chiave: la visione in tre dimensioni (3D) all'interno della console, immagini aumentate di 10 volte, 3 bracci operativi oltre alla telecamera comandati dall'operatore, la possibilità di filtrare e traslare i movimenti delle mani in più precisi "micro" movimenti da parte degli strumenti all'interno del paziente, e soprattutto la possibilità di utilizzare 7 diversi gradi di movimento da parte dello strumento (a differenza dei 4 gradi di libertà di movimento degli strumenti da laparoscopia convenzionale). Il sistema di visione tridimensionale permette al chirurgo un controllo molto più "intuitivo" del campo operatorio e quindi di sentirsi letteralmente "immerso" nel paziente, consentendo di valutare al meglio i piani di dissezione anatomici. Esiste inoltre un sistema di controlli e sensori di sicurezza che rendono le procedure chirurgiche sicure ed affidabili ed un sistema di minimizzazione del fisiologico tremore umano per poter eseguire durante l'intervento movimenti di estrema precisione e delicatezza.

Dal 2006 oltre al tradizionale sistema Da Vinci ® sono stati aggiunti i più sofisticati Da Vinci ® S, Si ed Xi, che hanno permesso di ottenere un ingombro sempre più contenuto, una migliore possibilità di movimento e, grazie ai sistemi ottici in alta definizione (HD), una migliore visione dei dettagli anatomici.

Lorenzo Masieri, laureato e spec. in Urologia all'Univ. degli Studi di Firenze nel 2003. Nel 2006 è diventato dottore di ricerca in Scienze chirurgiche e anestesiologiche. Dal 2004 insegna c/o la Scuola di spec. in Urologia. Da Luglio 2015 con la creazione del "Centro interaziendale per l'innovazione e la ricerca in Urologia Pediatrica" presta la sua attività assistenziale presso l'Unità di Urologia Pediatrica dell'AOU Meyer.

¹ U.O.C. Urologia Pediatrica, Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer.

² Centro Interaziendale per l'innovazione e la ricerca in Urologia Pediatrica, Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Università degli Studi di Firenze

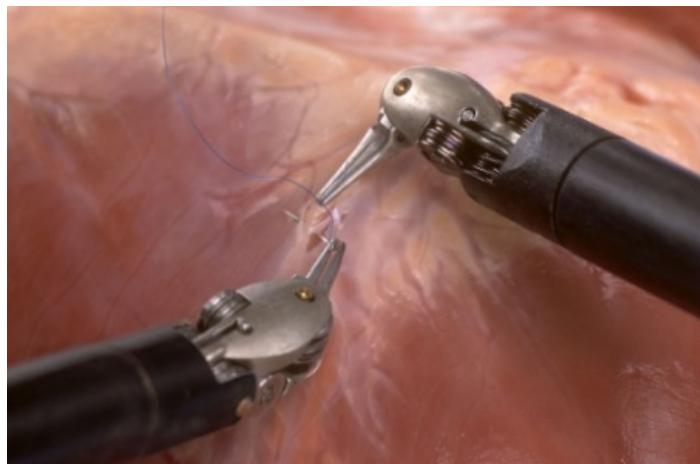


Figura 1 - Corrispondenza dei movimenti eseguiti sui controlli della consolle chirurgica con i movimenti effettuati all'interno del corpo umano dalle braccia robotiche.



Figura 2 - Fasi principali dell'intervento di prostatectomia robotica.

Il sistema Da Vinci® ha trovato sempre maggior impiego e diffusione soprattutto in ambito urologico. Il motivo di tale applicazione sta prevalentemente nel fatto che patologie come il tumore della prostata e le neoplasie renali richiedono nella maggior parte dei casi un trattamento chirurgico con un campo operatorio limitato. Per tale ragione, nei centri di riferimento terziario per l'urologia dell'adulto, ad oggi la maggior parte degli interventi di prostatectomia radicale e di enucleazioni tumorali renali vengono effettuate per via robotica (*Figure 2 e 3*). Questo ha comportato l'introduzione e la acquisizione di precise competenze per l'utilizzo della chirurgia robotica in maniera sempre più diffusa in campo urologico.

In Urologia pediatrica la ricerca di precisione chirurgica, mini-invasività, migliore estetica e più rapido recupero rappresenta un obiettivo ancor più importante che nell'adulto. Negli ultimi anni stiamo infatti assistendo anche in questo campo ad una sempre maggior diffusione di tecniche di chirurgia laparoscopica e robotica. Gli ostacoli all'impiego della chirurgia robotica in urologia pediatrica sono rappresentati in primis dalla scarsa disponibilità del sistema robotico negli ospedali pediatrici, quindi legata al basso numero iniziale dei pazienti da trattare e conseguentemente alla difficile formazione dei chirurghi. In secondo luogo i primi sistemi robotici presentavano una serie di difficoltà legate a conflitti esterni delle braccia che venivano risolti aumentando la distanza tra le porte di introduzione degli strumenti, cosa non sempre possibile sul piccolo addome. All'Ospedale Pediatrico Meyer abbiamo risolto il primo problema con la costituzione di un centro interaziendale per l'Urologia Pediatrica che coinvolge Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi ed Università degli Studi di Firenze e che si prefigge di mettere a disposizione dei piccoli pazienti personale esperto ed apparecchiature necessarie. Questo permette, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse messe a disposizione dalla Regione Toscana, il ricorso

all'utilizzo del sistema robotico da Vinci nei casi che lo richiedono da parte di personale già formato ed afferente al Meyer. Il secondo ostacolo è stato invece risolto grazie allo sviluppo del dispositivo da Vinci® Xi che consente, mediante una nuova disposizione delle braccia, di ridurre significativamente i conflitti esterni. Con questo nuovo sistema già acquisito dall'Ospedale Careggi ci prefiggiamo di poter utilizzare il robot anche nei bambini più piccoli.

Le indicazioni ed il ricorso alla chirurgia robotica negli ultimi anni sono aumentate sempre di più anche in campo urologico pediatrico, dove il sistema robotico Da Vinci® trova il suo maggior utilizzo nel trattamento della stenosi del giunto pieloureterale, patologia malformativa che più di altre beneficia della minor invasività (*Figura 4*).

Il robot permette infatti di eseguire le sutture in modo più preciso ed agevole rispetto alla laparoscopia e senza gli accessi cutanei tradizionali. Ad oggi vi è spazio di utilizzo anche in altri tipi di interventi come reimpianti ureterali, eminefrectomie ed asportazione di masse endoaddominali. La diffusione di questo tipo di chirurgia porterà inevitabilmente ad un incremento delle indicazioni, processo che è sempre avvenuto in modo costante per tutte le specialità chirurgiche (Vedi Tabella 1).

Pieloplastica	Diverticolectomia
Ureterocalicostomia	Ampliamento vescicale
Pielolitotomia	Appendicovesicostomia
Nefrectomia	Asportazione residuo mulleriano
Eminefrectomia	Asportazione cisti delle vescicole seminali
Eminefroureterectomia	Asportazione vescicole seminali
Ureterectomia	Varicocelectomia
Ablazione di cisti renali	Vaginoplastica

Tabella 1 - Principali interventi urologici pediatrici robotici secondo quanto riportato in letteratura.

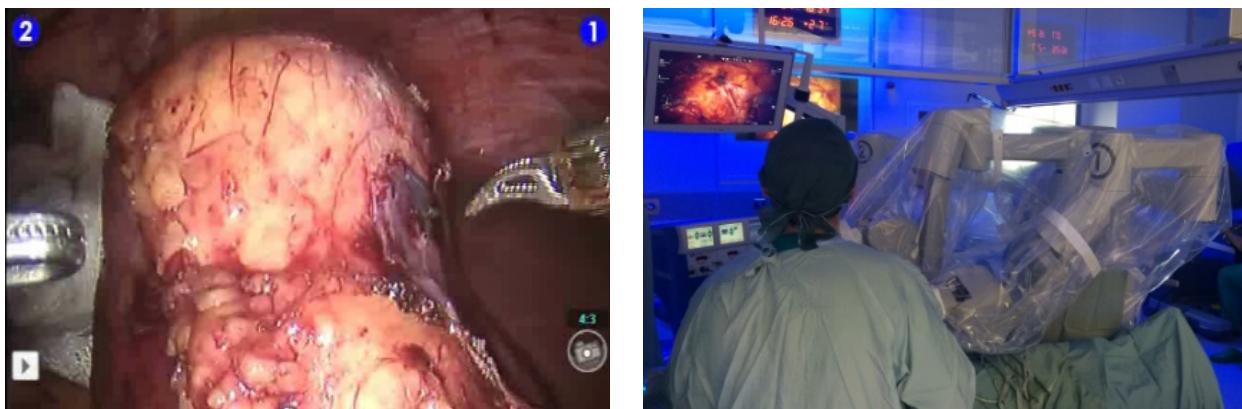


Figura 3 - Immagini relative all'intervento di Enucleazione Robotica di neoplasia renale.

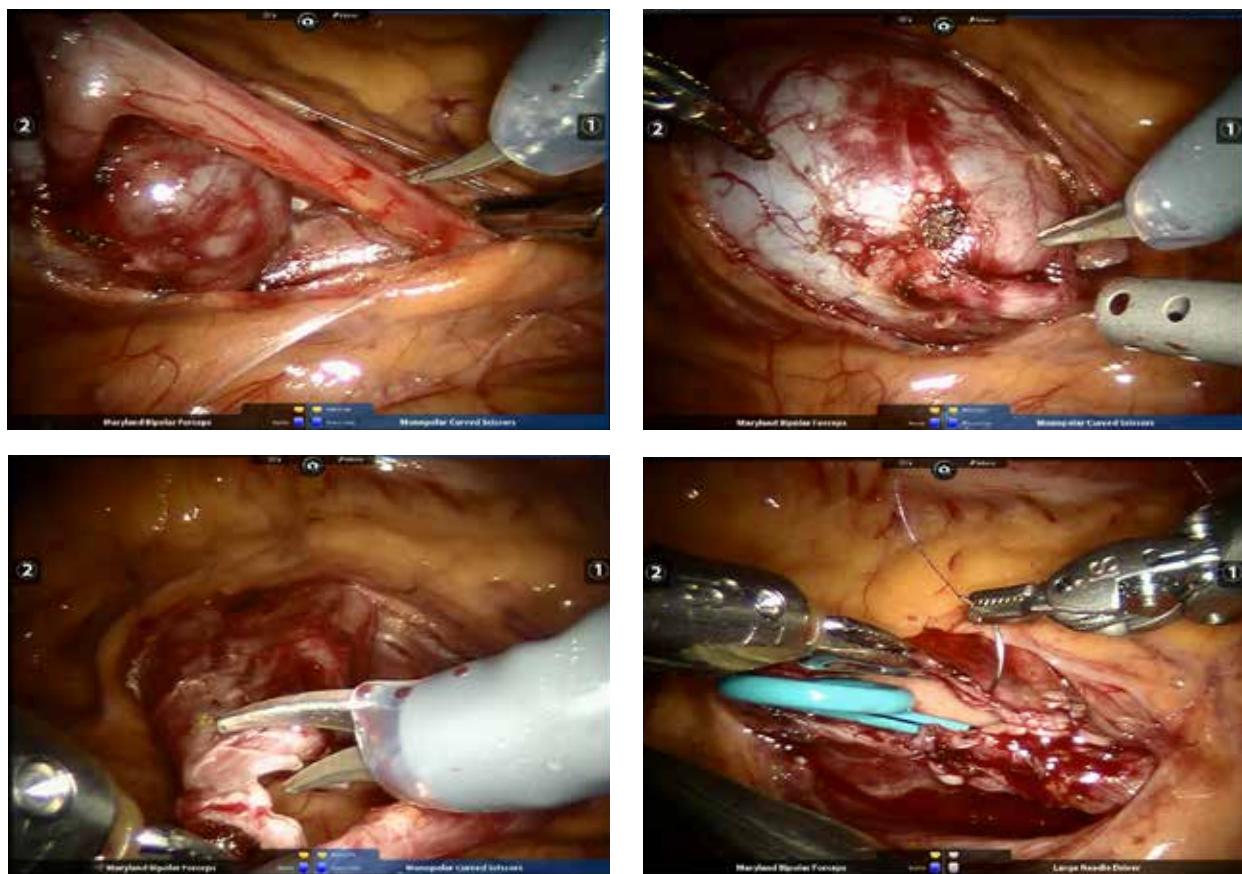


Figura 4 - Principali fasi dell'intervento di giuntoplastica robotica nel bambino. Nel caso in figura viene effettuata una pieloplastica secondo Anderson Hynes con approccio trans-mesocolico, su tutore ureterale doppio j.

Attualmente viviamo in un'epoca in cui in generale un approccio mini-invasivo per condizioni urologiche pediatriche rappresenta una realtà. L'endoscopia, la litotrissia extracorporea ed endoscopica, la laparoscopia e la robotica hanno ruoli primari nella gestione di molte condizioni. Il concetto fondamentale è saper porre le corrette indicazioni all'utilizzo di queste risorse. Un errato ricorso a tali metodiche pregiudica infatti la buona cura ed è fondamentale che un team abbia a disposizione tutte le armi ad oggi a servizio della sanità

per poter avere un atteggiamento corretto soprattutto con i piccoli pazienti. Il problema dei costi è attuale, ma potrà essere ammortizzato da un sempre maggior volume di pazienti, un personale formato e da una corretta gestione pre e post-operatoria, ed è proprio su questa linea che si sta muovendo il neoformato Centro Interaziendale per lo sviluppo e l'innovazione in Urologia Pediatrica.

TM

Info: lorenzo.masieri@meyer.it



Prof. Mario Graev,
già Ordinario di
Medicina Legale e delle
Assicurazioni
nella Facoltà di Medicina
e Chirurgia nella
Università di Firenze.

MARIO GRAEV

È dovere del medico conoscere i delitti di lesione personale

Il medico sia privato (esercente un servizio di pubblica necessità, art. 359 c.p.) che pubblico (pubblico ufficiale, art. 357 c.p. o incaricato di un pubblico servizio art. 358 c.p.) deve conoscere i delitti di lesione personale in quanto la loro conoscenza li obbliga a redigere il referto o il rapporto.

Si ricorda che i delitti di lesione personale sono di natura dolosa o colposa.

Ripassiamo qualche pagina importante della medicina legale: il delitto di lesione personale dolosa è contemplato agli artt. 582, 583, 585 del c.p.

L'art. 582¹ contempla un delitto di lesione personale dolosa lievissima (stato di malattia non superiore a 20 giorni) ed il delitto di lesione personale lieve quando lo stato di malattia supera i 20 giorni, ma non i 40 giorni.

Di questi due delitti, solo in quello di lesione personale dolosa lievissima non deve essere redatto il referto in quanto non trattasi di un delitto perseguitabile di ufficio, mentre deve essere redatto nel delitto di lesione personale lieve come pure nel delitto di lesione personale dolosa grave e gravissima di cui all'art. 583².

I delitti di lesione personale lieve, grave e gravissima sono delitti perseguitibili di ufficio e pertanto, come già riferito, vi è l'obbligo del referto, mentre i delitti di lesione personale dolosa lievissima è perseguitabile a querela di parte.

Da quanto sopra detto risulta che solo nel delitto di percosse (art. 581 c.p. nota 3) e nel

delitto di lesione personale dolosa lievissima non deve essere redatto il referto. Il discorso non finisce qui in quanto se ricorrono le circostanze aggravanti giuridiche, contemplate nell'art. 585³ per cui anche se la durata dello stato di malattia sia inferiore a 20 giorni, per la natura del mezzo lesivo usato, e per la qualità della persona offesa il delitto è perseguitabile di ufficio.

Ne risulta allora che nel delitto di lesione personale lievissima, particolare attenzione va posto alla natura del mezzo lesivo ed alla qualità della persona offesa (art. 585) in quanto se la lesione anatomo-funzionale è prodotta da un'arma bianca, un'arma da fuoco, da un'arma di cui è vietato il porto anche se lo stato di malattia è di 20 giorni, va redatto il referto.

Il medico si chiederà come sia possibile che debba conoscere tutte queste cose che hanno una finalità giuridica e giudiziaria e che pertanto interessano i giudici e gli avvocati.

Il delitto di lesione personale colposa contempla tre fattispecie: quello di delitto di lesione personale colposa semplice (art. 590⁴ c.p., stato di malattia non superiore ai 40 giorni) e quello di lesione personale colposa grave e gravissima (art. 590 e disposto art. 583).

Prima del 1981 il delitto di lesione personale colposa grave e gravissima erano procedibili di ufficio, mentre quello di lesione personale colposa semplice ossia quando lo stato di malattia non era superiore ai 40 giorni era perseguitabile

1) LESIONE PERSONALE: chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione (23) da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni, e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dagli articoli 583 e 585, il delitto è punibile a querela della persona offesa.

2) ART. 583 AGGRAVANTI BIOLOGICHE: la lesione personale è grave, e si applica la reclusione da tre a sette anni; 1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo; 3) se la persona offesa è una donna incinta e dal fatto deriva l'acceleramento del parto. La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva; 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2) la perdita di un senso; 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso; 5) l'aborto della persona offesa (585, 587; c.n. 1151).

3) ART. 585: Agli effetti della legge penale per armi s'intendono: 1) quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa alla persona; 2) tutti gli strumenti atti ad offendere, dei quali è dalla legge vietato il porto in modo assoluto, ovvero senza giustificato motivo. Sono assimilate alle armi le materie esplosive e i gas asfissianti o accecanti.

4) ART. 590 C.P.: Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n. 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa.

a querela della parte offesa.

Dopo il 1981 i delitti di lesione personale semplice grave e gravissima sono considerati delitti a querela di parte con l'eccezione che se si tratta di un infortunio o di una malattia professionale vi è l'obbligo del referto, ossia quando siano commessi con violazione delle norme della prevenzione degli infortuni sul lavoro o relativi all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale (art. 92 legge 24/11/1981 n. 689).

Non si trascuri che il delitto di percosse e il delitto di lesione personale possono travalicare nel delitto di omicidio preterintenzionale contemplato all'art. 584 c.p. che così recita: "Chiunque con atti diretti a commettere uno dei delitti preveduti dagli articoli 581 e 582, cagiona la morte di un uomo, è punito con la reclusione dai dieci a diciotto anni".

Addirittura è omicidio preterintenzionale allor quando la vittima per evitare una percossa cade e per essere portatore di una teca cranica sottile riporta fratture comminate multiple e focolai contusivi corticali cui consegue un edema cerebrale mortale; come si vede, anche nel tentativo di percuotere si può determinare un omicidio. Omicidio detto preterintenzionale in quanto l'agente non ha l'intenzione di uccidere ma l'effetto va al di là della sua intenzione in quanto questa era diretta solo a percuotere o a ledere! Nel delitto di lesione personale quando la vittima muore per le complicazioni settiche di una ferita di per se non mortale, oppure la morte consegue all'atto di ledere: ad esempio, una persona inseguita da un avversario che vuole ferirla, nell'atto di fuggire precipita in un dirupo e vi trova la morte.

A parere del sottoscritto solo il medico conosce bene il delitto di lesione personale di cui abbiamo riferito in precedenza.

Anche il magistrato più attento non può essere a conoscenza di tutti gli elementi per la

valutazione del delitto di lesione personale in quanto sprovvisto di cultura biologica!

Ad esempio, come può un magistrato o un avvocato comprendere a pieno il ricorso del pericolo per la vita contemplato all'art. 583 c.p. che rappresenta una fattispecie del delitto di lesione dolosa e colposa grave. Come può inoltre valutare se sussista indebolimento permanente di un organo ed un senso già indeboliti prima della lesione! Solo il medico, soprattutto il medico legale valuterà con criteri tecnici e di buon senso se l'aggravamento causato dalla lesione e di tale rilievo da rappresentare di per sé stesso un indebolimento permanente.

Anche l'avvocato che talora al processo conduce con sé borse di libri sul delitto di lesione personale gli sfuggirà sempre qualcosa per la comprensione di tale delitto in quanto sprovvisto di cultura biologica!

Il medico si domanderà anche come sia possibile che oltre la cultura biologica debba avere anche una cultura giuridica? A pensarci bene il discorso giuridico può risultare anche semplice. E, se è vero che i delitti perseguitibili di ufficio sono numerosi, quelli a querela di parte sono molto pochi. Li ricordiamo per rendere più facile il compito del medico.

Questi sono: il delitto di percosse, il delitto di lesione personale dolosa lievissima, salvo che non ricorrono le aggravanti giuridiche (art. 585⁵), tutti i delitti di lesione personale colposa (semplice grave e gravissima ad eccezione di quelli riferibili agli infortuni sul lavoro ed alle malattie professionali).

Inoltre il referto non va redatto quando esporrebbe la persona assistita a procedimento penale (art. 384; 4 c.p.p. e art. 365 c.p.).

TM

Info: studiograev@gmail.com

5) Omicidio volontario (art. 575 C.P.), omicidio colposo (art. 589 C.P.) omicidio preterintenzionale (art. 584 C.P.), omicidio del consenziente (art. 579 C.P.), morte o lesione conseguenti da altro delitto (art. 586 C.P.), istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 C.P.), infanticidio in condizioni materiale e morale (art. 578 C.P.) con le dovute eccezioni (quando si espone la donna assistita a procedimento penale, quando non è certa la causa naturale del decesso e se ne sospetti motivatamente la responsabilità di terzi), delitti contro la incolumità individuale che, come abbiamo già visto nella nota sono: lesione personale volontaria che determina uno stato di malattia superiore ai 20 giorni, oppure quando la durata della malattia è inferiore a tale periodo, ma si configurano circostanze aggravanti specifiche della lesione personale (lesione personale volontaria grave o gravissima) art. 583 C.P. oppure quando ricorrono circostanze aggravanti generiche (art. 585 C.P.) , lesione personale colposa grave (superiore ai 40 giorni) o gravissima (malattia certamente o probabilmente insanabile) limitatamente ai fatti commessi con la violazione nelle norme con la prevenzione per gli infortuni sul lavoro (art. 590 C.P. e LG 689/281 o relative alla tutela dell'igiene del lavoro). Delitti contro la incolumità pubblica: attività pericolose o dannose per la salute pubblica che espongono al pericolo di epidemia ed intossicazione (Art. 438-439-440-441-442-443-445 C.P.). Delitti contro la libertà sessuale, nei confronti di persone che al momento del parto non abbia compiuto anni 14, dal genitore anche adottivo, dal convivente, dal tutore, ovvero da altra persona cui il minore si è affidato per ragioni di cura, di istruzione, di vicinanza o custodia, dal pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico esercizio e di pubblica funzione se è connessa ad altro delitto per il quale si deve procedere di ufficio, se la persona offesa non ha compiuto anni 10. I delitti di interruzione di gravidanza: tutte le interruzioni dolose preterintenzionali e colpose di gravidanza. Delitti di manomissione del cadavere: il vilipendio, la distruzione, l'occultamento e l'uso illegittimo di cadavere, delitti contro la libertà individuale, il sequestro di persone, la violenza privata, la minaccia aggravata e l'incapacità procurata mediante violenza. Delitti contro la famiglia: l'abuso ed i mezzi di correzione o di disciplina ed i maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli.



DANIELE DIONISIO

Epatite C e farmaci: la Strategia DNDI per l'Accesso

Daniele Dionisio
Membro, European Parliament Working Group on Innovation, Access to Medicines and Poverty-Related Diseases. Responsabile del Progetto Policies for Equitable Access to Health -PEAH
<http://www.peah.it/>

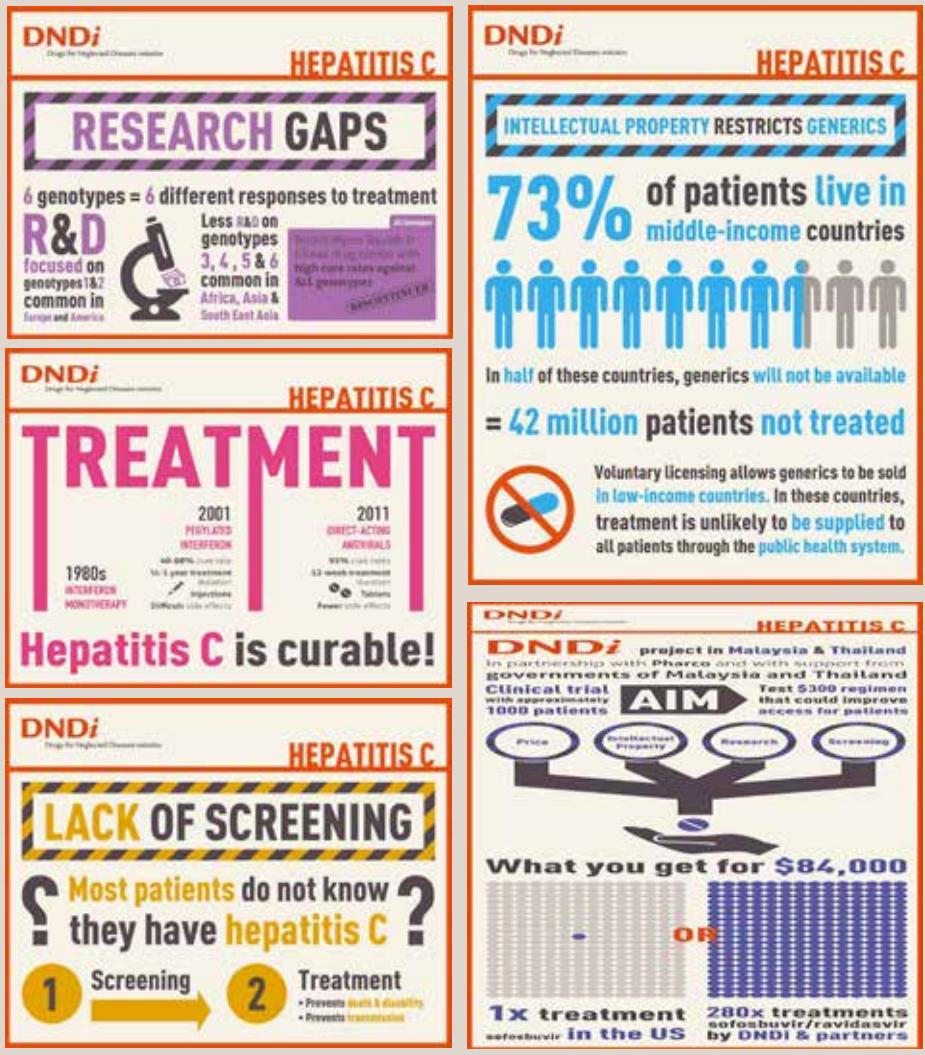
La gara per la messa a punto di innovativi trattamenti anti-epatite C non solo ha generato prezzi esorbitanti, discriminatori, e insostenibili per gli stessi bilanci statali dei Paesi ricchi, ma ha trascurato enormi fasce della popolazione mondiale. DNDI propone un modello controcorrente finalizzato all'equità e all'eliminazione delle barriere.

All'International Liver Congress dello scorso aprile in Barcellona, DNDI (Drugs for Neglected Diseases Initiative)*, l'industria egiziana Pharco Pharmaceuticals*, e il Ministero per la salute della Malesia annunciarono la firma congiunta di un accordo per testare in Malesia e Tailandia

un regime terapeutico efficace ed accessibile contro l'epatite C. Il regime, una combinazione di 'direct-acting antivirals' ravidasvir e sofosbuvir potenzialmente attiva contro tutti i genotipi del virus C, sarà prezzato, dopo l'approvazione, a meno di \$300 per ciclo di trattamento.

INFOGRAFICHE

(Fonte DNDI, 2016)



Nell'occasione DNDi chiariva la propria strategia di ricerca & sviluppo per l'epatite C: un regime orale *short-course*, agile, potente e attivo contro tutti i genotipi per l'implementazione senza barriere dell'approccio sanitario pubblico all'epidemia 'C' nei vari Paesi.

Barriere e discriminazione

La gara per la messa a punto di schemi terapeutici anti-epatite C fortemente innovativi, non solo ha prodotto prezzi esorbitanti, discriminatori, e insostenibili per le stesse 'casse' statali dei Paesi ad alto reddito, ma ha trascinato enormi fasce della popolazione mondiale.

Infatti, il modello corrente di ricerca & sviluppo ha privilegiato i genotipi del virus C predominanti in Europa ed America. Imperdonabile 'dimenticanza' se si considera che il virus C colpisce almeno 185 milioni di persone nel mondo, di cui l'85% residenti nei paesi a basso e, soprattutto, medio reddito. Circa il 15% della popolazione egiziana, ad esempio, è infettata – la più alta prevalenza mondiale – mentre si stima che 12 milioni di persone in India vivono con l'epatite C.

L'evidente iniquità di quanto sopra si somma alle barriere all'uso degli assai meno costosi equivalenti generici in forza di rigidi diritti brevettuali a tutela del "brand", e alla assenza di adeguati programmi di screening per la individuazione dei portatori del virus C.

Le infografiche qui selezionate ed elaborate da DNDi, offrono qualche esempio dei progressi e delle correnti problematiche relative alla gestione dell'epatite C su scala mondiale.

*CHI È

DNDi: Organizzazione di ricerca e sviluppo 'no profit', DNDi lavora alla realizzazione di nuove terapie per le malattie neglette, in particolare leismaniosi, tripanosomiasi africana, Chagas, filariasi, HIV pediatrico, mycetoma, ed epatite C. Dal suo avvio nel 2003, DNDi has messo a punto sei terapie: due combinazioni di antimalarici a dose fissa (ASAQ and ASMQ), la combinazione nifurtimox-eflornitina per la 'sleeping sickness', la combinazione sodio stibogluconato e paromomicina per la leishmaniosi viscerale in Africa, un set di combinazioni terapeutiche per la leishmaniosi viscerale in Asia, e una formulazione pediatrica di benznidazolo per la malattia di Chagas. DNDi ha sviluppato piattaforme regionali per specifiche malattie basate su partenariati in aree endemiche per rafforzare esistenti capacità di ricerca clinica o costruirne di nuove ove necessario. www.dndi.org

Pharco: Pharco Pharmaceuticals, Inc. è il maggior produttore farmaceutico in Egitto focalizzato alla ricerca, formulazione, manifattura e commercio di prodotti farmaceutici nell'area MENA (acronimo di Medio Oriente e Nord Africa). Attualmente Pharco impiega 8.000 addetti ed esporta in 47 paesi su scala mondiale. Pharco ha ottenuto la licenza per ravidasvir hydrochloride da Presidio Pharmaceuticals, una compagnia di ricerca farmaceutica con sede a San Francisco. <http://pharco.org/Home.aspx> TM

Info: d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE

Drugs for Neglected Diseases initiative and Pharco Pharmaceuticals to test affordable hepatitis C regimen with support of Malaysian and Thai governments

<http://www.dndi.org/2016/mediacentre/press-releases/dndi-pharco-hepc-malaysia-thailand/>

An alternative research and development strategy to deliver affordable treatments for hepatitis C patients
<http://www.dndi.org/wp-content/uploads/2016/04/AlternativeRDStrategyHepC.pdf>

Global Epidemiology of Hepatitis C Virus Infection: New Estimates of Age-Specific Antibody to HCV Seroprevalence
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.26141/pdf>

New treatments for Hepatitis C, a great hope for people infected with HCV, but accessible for how many?
http://doctorsoftheworld.org/wp-content/uploads/2014/03/20140317_CP_publication-Hep-C_EN.pdf

US Congressional Study Finds Excessive Profit-Seeking In USD84K Hepatitis Drug Sovaldi

<http://www.ip-watch.org/2015/12/01/us-congressional-study-finds-excessive-profit-seeking-in-usd84k-hepatitis-drug-sovaldi/>

New DAA Hepatitis C Drugs - BBC Newsnight - 17th February 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=lgJNTx3vvY>

Medicines Patent Pool: First Licence Agreement For Hepatitis C Drug

<http://www.ip-watch.org/2015/11/23/medicines-patent-pool-first-licence-agreement-for-hepatitis-c-drug/>

Compulsory Licences Needed For Affordable Hepatitis C Innovative Drug Regimens

<http://www.ip-watch.org/2014/08/05/compulsory-licences-needed-for-affordable-hepatitis-c-innovative-drug-regimens/>

Hep C Drugs in 2016: More Combos and Lower Cost

<http://www.hepatitiscentral.com/news/hep-c-drugs-in-2016-more-combos-and-lower-cost/>

Alleged R&D Costs: Not A Transparent Driver Of Drug Prices

<http://www.ip-watch.org/2016/03/04/alleged-rd-costs-not-a-transparent-driver-of-drug-prices/>



Gavino Maciocco, medico di sanità pubblica. Ha fatto: il volontario civile in Africa, il medico di famiglia, l'esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, il dirigente di Asl. Attualmente insegnava all'Università di Firenze, dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 cura per Toscana medica la rubrica "Sanità nel mondo". Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze. Direttore del sito web "www.saluteinternazionale.info".

G. MACIOCCHI

La sanità che non ti aspetti

Nel sistema sanitario USA si sta sviluppando un vasto assortimento di prestazioni e servizi innovativi che non trovano spazio nell'ingessato modello dell'offerta medica tradizionale, tra cui: le visite a domicilio prenotate e ottenute attraverso una modalità analoga alla chiamata di un taxi (vedi Uber), modalità facilitate di comunicazione tra paziente-medico-infermiere realizzate via e-mail o con tele-consulto via skype, che tendono a sostituire in parte le classiche visite *vis-a-vis* e che funzionano egregiamente, con reciproca soddisfazione, soprattutto quando si stabilisce un rapporto di fiducia tra paziente e operatori sanitari, una diagnosi dermatologica effettuata con una foto spedita via whatsapp, la ripetizione di una ricetta richiesta e ricevuta entro pochi minuti (sempre via e-mail).

Nel campo delle innovazioni negli USA si annoverano anche le *Retail clinics*, ambulatori con prezzi particolarmente convenienti, collocati generalmente presso supermercati, centri commerciali o farmacie, aperti anche la notte e nei fine-settimana. Attualmente sono circa 2000 in tutti gli USA ed erogano più di sei milioni di visite l'anno. L'assistenza si limita per lo più a malattie a bassa gravità, ed è prestata da medici, ma anche da infermieri, *nurse practitioners* (che negli USA possono prescrivere farmaci). Il costo di una visita

per mal d'orecchi è di 59\$ in una *Retail Clinic*, rispetto ai 95\$ in uno studio medico "tradizionale" e ai 184\$ in un pronto soccorso ospedaliero.

Un recente articolo del *New England Journal of Medicine* analizza il fenomeno degli ambulatori a basso prezzo esplosi negli ultimi anni, in coincidenza con la crisi (altra analogia con la situazione greca). Il titolo è "Convenient Ambulatory Care — Promise, Pitfalls, and Policy"¹ e si riferisce a due distinte tipologie di assistenza sanitaria a portata di mano e senza bisogno di appuntamento (*walk-in*): *Retail Clinics* e *Urgent Care Centers*, le cui caratteristiche sono descritte nella Tabella 1.

Inutile dire che il boom registrato da questo tipo di offerta è dovuto alla facilità di accesso – il trovarsi in luoghi molto frequentati come i supermercati e l'apertura notturna e festiva – e alle basse tariffe delle prestazioni. È significativo che il 61% dei pazienti delle *Retail clinics* e il 37% di quelli degli *Urgent care centers* non hanno un *primary care provider* – che negli USA può essere un medico di famiglia ("family physician"), un pediatra, una ginecologo, o anche un infermiere ("nurse practitioner") –, e gran parte di loro sono soggetti privi di assicurazione (e qui si ritorna in Grecia...) o con assicurazioni che forniscono la copertura solo dopo che il paziente ha speso di

Tabella 1. Similarities and Differences between Retail Clinics and Urgent Care Centers.

Variable	Retail Clinics	Urgent Care Centers
Definition	Walk-in health clinics typically located in pharmacies or supermarkets	Walk-in health care centers that treat episodic conditions that need immediate but not emergency care
No. of clinics in United States	1900	6400
Primary scope of services	Low-acuity episodic care, immunizations, and some preventive care and care for chronic conditions	Episodic care for a range of acuity levels
Staffing model	Generally nurse practitioners or physician assistants	Generally emergency medicine and family medicine physicians
Hours of operation	Extended hours — open nights and at least one weekend day — but not 24/7	Extended hours — open nights and at least one weekend day — but not 24/7
Industry	Concentrated	Fragmented

Tabella 1

¹ Chang JE, Brundage SC, Chokshi DA. Convenient Ambulatory Care—Promise, Pitfalls, and Policy. *N Engl J Med* 2015; 373:382-388

tasca sua una determinata cifra (1.000-2.000 o 5.000 dollari), detta franchigia. La Figura 2 mostra che – in un confronto con i soggetti assicurati – tra i non-assicurati il 76% ha scelto le *Retail Clinics* perché più economiche rispetto ad altre offerte di cura e il 52% perché privi di un *primary care provider*².

La ricerca del New England mette in luce le principali criticità della *Convenient Ambulatory Care*. La prima è la frammentazione dell'assistenza in tante (pur comode e economiche) prestazioni, senza che si stabilisca una qualche relazione di presa in carico con il *provider* di

turno. La mancanza della continuità dell'assistenza (resa ancora più grave dall'assenza di un *primary care provider* di fiducia) diventa particolarmente dannosa nei pazienti con malattie croniche e con tutti coloro che hanno bisogni assistenziali complessi e a lungo termine.

L'altra è la mancanza di un effettivo controllo sulla qualità e sull'appropriatezza delle prestazioni: il rischio di *overdiagnosis* e *overtreatment* è dietro l'angolo, soprattutto se l'ambulatorio è collocato all'interno, o nei pressi, di una farmacia.

E in Italia?

L'Italia non è certamente la Grecia, e non è neppure paragonabile agli USA. La convenzione nazionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta consente a tutti gli individui, in ogni parte d'Italia, di accedere senza alcuna barriera economica ai servizi di base. E nessuno ha abolito la natura universalistica del servizio sanitario nazionale (SSN). Tuttavia dati recenti dell'OCSE dicono che il 7,1% degli italiani (oltre 4,2 milioni di persone) rinuncia a farsi curare perché il costo della prestazione è troppo alto, la lista d'attesa troppo lunga oppure l'ospedale troppo distante. Con il diminuire del reddito il disagio cresce: la rinuncia alla cura sale al 14,6% degli italiani nel caso in cui gli interpellati appartengano al 20% più povero della popolazione italiana³. Poi ci sono coloro che – a causa della combinazione alti ticket e lunghe liste d'attesa – rinunciano a farsi curare all'interno del SSN e trovano più conveniente rivolgersi al settore privato, a pagamento.

E non deve sorprendere quindi che anche in Italia si sviluppino iniziative del tipo *Retail clinics*. Esse riguardano – a differenza dagli USA – le attività specialistiche e diagnostiche, con ambulatori che forniscono prestazioni a basso costo, anche all'interno di supermercati, come nel caso del centro commerciale COOP Le Piagge nel Quartiere 5 di Firenze dove si informa che "L'accesso e la prenotazione alle prestazioni specialistiche avviene senza l'obbligo della prescrizione del Medico di Medicina Generale o di uno Specialista del SSN"⁴. (NB: Il prezzo di una visita cardiologica + ECG è di 68 euro – con disponibilità in giornata –, identico a quello che avrei personalmente pagato, come ticket, per la

stessa prestazione presso la ASL).

E non mancano neppure iniziative del tipo *Urgent Care Centers*, come quella aperta recentemente ad Arezzo, con la benedizione del Sindaco e della Regione Toscana: "Inaugurato nel giugno del 2015 – si legge nella pagina web⁵ – il Primo Soccorso del Centro Chirurgico Toscano si pone come una novità sul territorio aretino. Aperto dal lunedì al sabato mattina dalla ore 9 alle 19, il Primo Soccorso funziona come un ambulatorio senza appuntamento dove tutti si possono recare per ricevere cure. Ad accoglierli un medico e il personale infermieristico coadiuvati dagli specialisti che sono sempre reperibili." Qui la formula usata è il *walk-in* a prezzo fisso: 100 euro per qualsiasi prestazione – dalla visita medica, alla medicazione, all'accertamento strumentale –, naturalmente, anche qui, senza bisogno della richiesta del medico di famiglia.

L'Italia non è la Grecia e neppure gli USA, abbiamo detto. Tuttavia ci troviamo in un piano inclinato che rischia di portarci da quelle parti. Il definanziamento "coatto" cui è sottoposto il SSN e la conseguente incapacità di soddisfare i bisogni degli utenti, aprono enormi spazi al settore privato (come peraltro voluto dalla politica politicamente). Non siamo negli USA, ma anche in Italia aprono *Retail Clinics* e *Urgent Care Centers*.

Non siamo negli USA, ma forse è lì che ci vogliono portare, magari passando per la Grecia.

TM

Info: gavino.maciocco@gmail.com

2 Bachrach D, et Al, Building a Culture of Health: The Value Proposition of Retail Clinics, Manatt, April 2015. https://www.manatt.com/..../Retail_Clinic_RWJF.pdf

3 <http://www.saluteinternazionale.info/2016/01/non-siamo-un-paese-normale/>

4 <http://www.ambulatoriorfratellanza.it/poliambulatorio-fratellanza-campi-bisenzio-e-firenze/informazioni/poliambulatorio-coop-piagge-firenze>

5 <http://www.centrochirurgicosciano.it/it/page/primo-soccorso.html>

Manfredo Fanfani

Il Gatto, nella medicina e nell'arte, fra allegoria, superstizione e magia

Terza parte (Seconda parte nel numero precedente)

**Paul Klee (1879-1940):
Museum of Modern
Art, New York.**

*Avere a disposizione un
uccellino è sempre stata
l'idea prediletta del Gatto;
l'Artista per sottolineare
questa idea fissa del Gatto
sapientemente incide un
uccellino sulla sua fronte.*



**Francisco Goya (1746-1828):
Ritratto di Don Manuel Osorio,
Metropolitan
Museum of Art, New York.**

*Una gazza trattenuta ad un filo sotto
lo sguardo interessato ed incredulo
di tre gatti.*

Il Gatto nella cronaca giornalistica

CHARLY HA VAGATO PER GIORNI E ORA NON SI MUOVE DA UNA VIA DI VOLTERRA

Cane innamorato ritrova la sua gatta

Servizio di
Giovanni Pieri

PONTEVEDRA — Charly, cane «innamorato» della gatta del padrone, quando se l'è vista separare dal padrone, ha corso disperatamente per mezza provincia di Massa-Carrara e finito da solo in un luogo

dei gatti appena nel loro giardino nel dicembre scorso, non c'è niente, ma proprio niente che possa sembrargli a una love story, giustificata, improprio che anche dopo essere stato abbandonato a un mese dalla casa.

Le donne del quotidiano, e anche le donne dei cani, sono state per la loro vita una cagnetta in calore, o sparso da casa anche per tre giorni di fila.

Fox terrier allatta gattino abbandonato Una cagnetta fa da «mamma» al micio

PONTEVEDRA — Un gattino di pochi giorni, abbandonato da ignoti, è allattato da una cagna della razza fox terrier. Accade a Santa Lucia, una frazione di Pontedera, dove la favola fra animali rifiutati eletti nessuno è diventata realtà in casa di Cesare Bazzanti, 34 anni, ed Enrico Ciri, 43, due agenti immobiliari di Ponsacco. «Ho sentito un rumore vicino alla porta di casa — racconta Ciri — e quando l'ho aperta ho trovato un gattino di pochi giorni, stravolto dalla fame e dal freddo. I due hanno una coppia di fox terrier, una razza generalmente non accostumbrata con altri animali, e non è stato difficile introdurvi in casa lo spaventoso gattino». «Nel tempo di entrare in sala — continua Bazzanti — mia moglie Cesare (la femmina) è salita al gattino, iniziando a coccolarlo, inciampando a lui lasciando il gattino. Ci siamo fidati e glielo abbiamo portato nel caldo della sua stanza ad allattare il micio come se fosse più naturale di

tutti i gatti innamorati che i padroni hanno deciso che, al forse ora meglio sterilizzare la simpatica minaccia, per non avere più di questi problemi.

Così Cluckie è stata ricoverata in una clinica veterinaria di Volterra. Dopo l'intervento la padrona l'ha affidata, per qualche giorno di convalescenza, a una sorella, Rita

tro i suoi lo hanno in giro con qualche cognacca, ha vagato per la campagna. Finalmente a Volterra, ha pensato di essere arrivato. Per tre giorni è rimasto innamorato sotto quella finestra in Sant'Andrea dietro la quale la sua minaccia stava ricoprendo le forme.

Luzia e Ivo Fiori cantano di riportarlo a casa oggi, quando anche la gattina pratica le forme il felice.

Singolare disguido sul volo Catania-Roma per la presenza a bordo di un felino clandestino

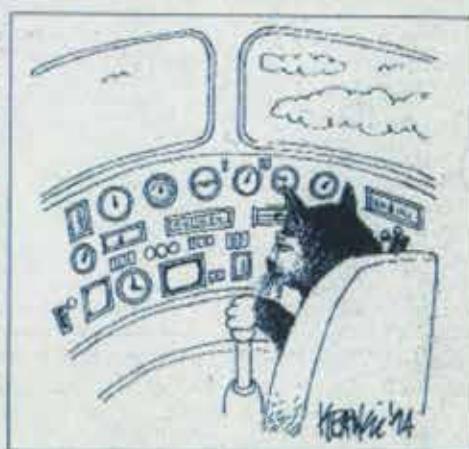
Un gatto randagio dirotta il Dc9

Il micio, che si era nascosto nella cabina, costringe il pilota a tornare all'aeroporto

CATANIA. Un gatto che si era introdotto nella cabina di pilotaggio di un Dc9 dell'Alitalia, ha costretto il comandante a un ripetitivo ritorno all'aeroporto Fontanarossa da cui si era appena alzato. È accaduto ieri mattina sul volo Catania-Roma delle 7.30. Il comandante Liggi, mentre l'aereo prendeva quota, ha cominciato a udire insistenti miagoli. Nonostante le ricerche degli assistenti di volo, però, del felino non si è trovata traccia. Così il pilota ha deciso d'invertire la rotta e di tornare a Catania. I passeggeri sono stati sbucati e alcuni di essi hanno trovato posto sul successivo volo delle 9 per la Capitale. Nel mentre i vigili del fuoco, messi in preallarme dalla torre di controllo, hanno perquisito il Dc9 per catturare il micio.

Dopo più di un'ora di ricerche, il gatto è stato trovato rannicchiato nella cabina di pilotaggio e impaurito da tanto movimento. Il felino, probabilmente, era entrato nel velivolo durante la notte. Liberato dall'ospite clandestino l'aereo dell'Alitalia è stato immediatamente riassunto in servizio.

Ora, la direzione dell'aeroporto Fontanarossa sta cercando di accertare come il micio sia riuscito a penetrare nella cabina e se vi possano essere eventuali responsabilità da parte del personale dello scalo catanese.



TRE GIORNI DOPO S. VALENTINO UN'ALTRA FESTA AMOROSA
Tutte le fusa della Gattart
Giornalisti, storici e scrittori celebrano il più domestico dei felini

www.english-test.net

八上第10课

FIRENZE — L'idea venne da Roma, ma chi l'ha meglio tradotta in evento culturale è Firenze. Parliamo della Festa del Gatto, che da tre anni viene celebrata per conversione scarafaggiistica il 17 febbraio, tre giorni dopo le tenebruzze di San Valentino. Un evento che vuol essere un'altra festa da dedicare all'amore, all'affetto tutto piuttosto che alla passione domestico.

Il felino del giorno
A Firenze il gatto sembra un'attrazione di una speciale simpatia, con alcuni piccoli primati che in genere spettano a grandi città europee: da un negozio mirato esclusivamente all'immagine dei gatti, come la Gattobazar Novecento, ad un'associazione culturale come l'Ama che organizza esclusivamente manifestazioni sui gatti elaborando di tanto in quanto di un'attività di sostentamento per calamità naturali, e di sensibilizzazione attraverso un programma di iniziative e mostre itineranti, fino a Buricchi, dove si svolgono mostre fotografiche.

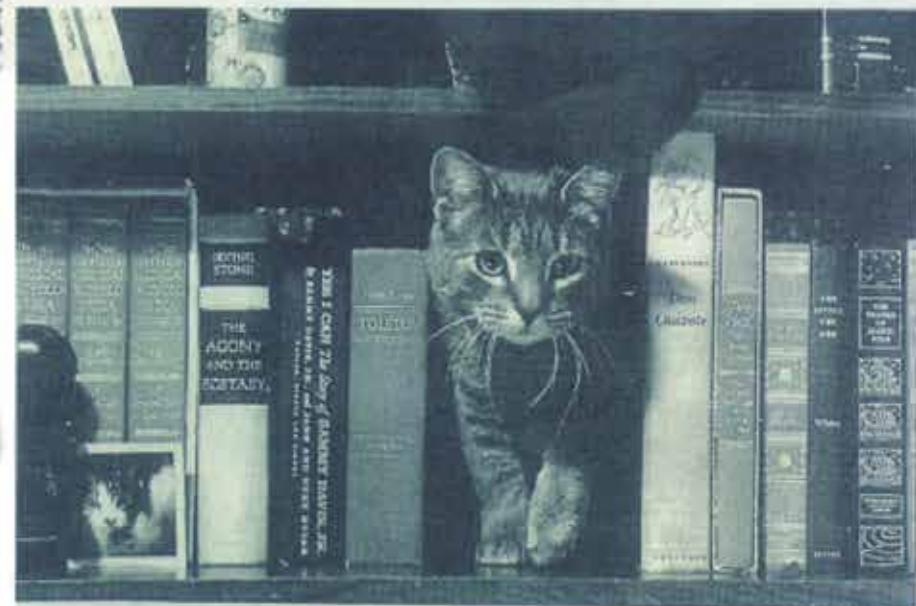
al gatti protesta il traliccio

USI • Esasperato dai
ti dei vicini, secondo lui
esercito molesto e rumo-
so di una quarantina di
esemplari, ieri mattina ha
incendiato la più clamorosa
delle proteste. E' salito sul
traliccio che illumina la sta-
zione ferroviaria di Chiusi,
sospeso sul vuoto, diciotto
metri sopra i binari, ha sfi-
lato il telefonino di tasca e
ha chiamato il suo amico

Chiusi, un'ora e mezzo di show

Perseguitato dai gatti protesta sul traliccio

CHIUSI • Essasperato dai gatti dei vicini, secondo lui un'esercito molesto e rumoroso di una quarantina di esemplari, ieri mattina ha incendiato la più clamorosa delle proteste. E' salito sul traliccio che illumina la stazione ferroviaria di Chiusi, sospeso sul vuoto, diciotto metri sopra i binari, ha sfidato il telefonino di tasca e ha chiamato il suo amico



Worts, Python-Shell

Gli antichi lo mettevano sugli altari. I moderni gli dedicano più saggi che a Napoleone

Sua Maestà il gatto

Anche in biblioteca è protagonista a pieno titolo

Sua Maestà Il Gatto.
 Per un motivo o per l'altro, sia che si tratti di medicina, di arte, di dirottamenti aerei o di storie sentimentali, il Gatto è spesso agli onori della cronaca; aveva ragione Thomas Elliot ad affermare che "un cane è solo un cane, mentre un Gatto è un Gatto" o come afferma l'etnologo Marcell Mauss: "si tratta dell'unico animale che ha saputo addomesticare l'uomo..." .

Maria Bruselli

Nei *Agli psichologi e maghi
non credere troppo.*

Nei adattamenti del passato,
fatto percominciare, fanno
tremare le nostre stesse
tradizioni e speranze. Le re-
siste ai vostri e alle vostre. Per-
ché Maestranza, che è storia
dei vostri antenati.

grande del parto. Non è vero.
Esiste poi quel super-sensibile
zona di transito - «suo-
soggetto». Avrei domandato
del quale di mondo era questa
Giovanna Cocco. Non mi sono fatto
una scrupolosa ricerca perché l'unico
titolo di trattamento della

mentare la nostra, la nostra
è il sonno che ha bisogno
di essere con il mondo, que-
sto è il senso dell'assenza
quiescere e poi aderire,
quiescere ed essere assente.
Questo vuol dire, fare niente,
essere assente.

se le rispetti perché ancora hanno le teste rosse e altri bisogni? Le leggendo riconosci che un certo numero di questi pastifici sacerdoti nullificano le cose che fanno, si prendono delle pietanze buone e le condividono con i loro amici.



*I rapporti con la magia:
"Il Gatto in libreria".*

A sottolineare le connessioni
con la magia, sul tavolo
è aperto, non a caso, un libro
a questa dedicato.

In data 19 Maggio 2016 la Consulta Deontologica Nazionale ha approvato la revisione all'art. 56 del Codice di Deontologia Medica. Pubblichiamo il nuovo testo.

Art. 56

La pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni.

La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria.

È consentita la pubblicità sanitaria comparativa delle prestazioni mediche e odontoiatriche solo in presenza di indicatori clinici misurabili, certi e condivisi dalla comunità scientifica che ne consentono confronto non ingannevole.

Il medico non diffonde notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare attese infondate e speranze illusorie.

Spetta all'Ordine professionale competente per territorio la potestà di verificare la rispondenza della pubblicità informativa sanitaria alle regole deontologiche del presente codice e prendere i necessari provvedimenti.

EuroMedi: Attenzione! Non firmare!

Stanno arrivando in questi giorni a molti medici delle lettere spedite da un non meglio precisato "EuroMedi" con le quali si chiede di compilare una scheda coi propri dati da rispeditre per l'aggiornamento di un altrettanto non meglio precisato archivio. L'Ordine dei Medici fa presente che analoghe iniziative in passato sono state causa di

numerosi disagi per i medici che, in buona fede, hanno compilato la scheda e l'hanno rispedita, credendo di adempiere ad un dovere legale. Invece si sono trovati a dover far fronte a insistenti richieste di pagamento perché la firma di quei moduli equivaleva ad un abbonamento ad una pubblicazione (del tutto inutile). Di fronte a que-

sta nuova iniziativa, che sembra molto simile a quelle già sperimentate in passato, l'Ordine raccomanda a tutti i colleghi che dovessero ricevere una tale comunicazione di NON FIRMARE e NON RISPEDIRE niente perché altrimenti verrebbero coinvolti in un meccanismo di pretese di pagamento assai fastidioso e complesso.

Linee guida: differenza fra responsabilità penale ed erariale

La Corte dei Conti – sezione dell'Emilia Romagna – con la sentenza n. 49/2016 ha chiarito il diverso ambito di applicazione e di conseguenze nell'osservanza o meno delle linee guida medico scientifiche ai fini dell'affermazione della responsabilità colposa del medico. In particolare i giudici contabili hanno affermato che, mentre in sede penale spetta al medico dimo-

strare di aver seguito le linee guida medico scientifiche per poter essere scagionato da colpa professionale, in sede di giudizio per danno erariale spetta alla pubblica accusa dimostrare che l'eventuale inosservanza delle linee guida ha cagionato un danno per l'erario. Ne consegue che nel caso della responsabilità amministrativa per danno erariale, l'accusa deve dimostrare la

colpa grave del medico nel caso specifico e pertanto vanno indicati gli elementi di prova in base ai quali, sul caso concreto, l'accusa ritiene che vi sia stata violazione delle buone pratiche mediche. Se tale dimostrazione non è soddisfacente, il medico, dal punto di vista del giudizio contabile, non può essere condannato.

Nessun rapporto fra paziente ed odontotecnico

La terza sezione civile della Corte di Cassazione è stata chiamata a pronunciarsi in una controversia intentata da un paziente che lamentava danni subiti a causa di un intervento odontoiatrico improvviso eseguito abusivamente da un odontotecnico. Al di là dell'accertamento del danno e della sua quantificazione in termini di responsabilità, la Suprema Corte ha tenuto a precisa-

re che l'esecuzione di una prestazione d'opera professionale di natura intellettuale effettuata da chi non sia abilitato dalla legge, dà luogo a nullità assoluta del rapporto fra cliente e professionista abusivo, privando il contratto d'opera professionale di qualsiasi validità giuridica. In particolare la Corte ha ricordato che la progettazione, la preparazione e collocazione nel cavo orale del pa-

ziente di una protesi dentaria implica l'esecuzione di manovre vietate agli odontotecnici perché riservate dalla legge esclusivamente agli odontoiatri. Di conseguenza il rapporto contrattuale fra il paziente e l'odontotecnico è nullo e non può produrre alcun effetto giuridico. Ciò comporta, fra l'altro, che il cliente non è tenuto a pagare nulla per le prestazioni effettuate da un abusivo.

Prevenzione cardiovascolare in medicina generale: una strategia personalizzata e condivisa nei soggetti ad alto rischio

Lo studio Rischio & Prevenzione, realizzato nel *setting* della Medicina Generale, ha previsto una parte sperimentale, già pubblicata sul *New England Journal of Medicine*, ed una parte epidemiologica descrittiva, i cui risultati sono ora presentati sullo *European Journal of Preventive Cardiology*.

Dal 2004 al 2007, 12.513 pazienti (età media 64 anni, 61,5% maschi), definiti ad alto rischio secondo criteri prestabiliti (almeno uno dei seguenti: 4 fattori di rischio o presenza di diabete più un fattore di rischio oppure storia familiare di malattia cardiovascolare precoce oppure malattia aterosclerotica clinica oppure presenza di altre condizioni di alto rischio cardiovascolare secondo il giudizio del medico), con esclusione dei soggetti con

precedente infarto miocardico, sono stati seguiti per circa 5 anni da 860 medici di medicina generale secondo un protocollo basato su una *checklist* realizzata *ad hoc*. Alla visita basale e ai successivi controlli annuali il medico di medicina generale valutava il livello di rischio e le strategie da adottare, condivise con il paziente, per il miglioramento di 7 fattori di rischio: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, obesità, fumo, dieta inadeguata, inattività fisica. Nei casi in cui gli interventi preventivi non venivano pianificati, nonostante la presenza di condizioni di rischio, il medico di medicina generale doveva specificare le motivazioni.

Lo studio ha dimostrato che un intervento preventivo personalizzato e condiviso è in grado di ottenere il mi-

glioramento di tutti i comuni fattori di rischio cardiovascolare, ad eccezione dell'inattività fisica. Al miglior controllo dei fattori di rischio (ipertensione, diabete, ipercolesterolemia e obesità) e degli stili di vita (fumo, dieta, esercizio fisico) si è associata una riduzione significativa degli eventi cardiovascolari, analizzata come *outcome* secondario.

Nella pratica della medicina generale è dunque possibile ottenere un significativo miglioramento del profilo di rischio cardiovascolare, anche elevato, con rapida ricaduta positiva in termini di prevenzione, utilizzando due componenti fondamentali della disciplina: la negoziazione e la continuità di cura.

Giampaolo Collecchia

Procedura corretta per l'accertamento di Sordità (L.381/70)

Essendoci state segnalate numerose imprecisioni formali nella compilazione della certificazione medica telematica prevista nella procedura di riconoscimento dell'Invalidità Civile, abbiamo ritenuto opportuno richiamare l'attenzione dei Sig. Medici circa le disposizioni da seguire per una corretta compilazione della certificazione in oggetto.

La corretta compilazione del certificato medico è di fondamentale importanza ai fini dell'inoltro telematico alla competente Commissione Medica e della successiva domanda di invalidità civile. Nella sezione "*Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di...*" il medico dovrà barrare correttamente una delle seguenti voci:

- **SORDITÀ:** si intende **SORDO CIVILE** ai sensi della legge 26/05/1970, n. 381, e successive modificazioni ed integrazioni, **il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva** che abbia compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato. Il periodo dell'età evolutiva si conclude con il compimento del dodicesimo anno di età. **In questi casi di sordità va quindi contrassegnata la casella "SORDITÀ".** Nel caso di sordità acquisita non professionale, sordità di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio va contrassegnata la casella "INVALIDITÀ".
- **INVALIDITÀ:** si intende **INVALIDO CIVILE** il cittadino affetto da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali (riconoscimento ai sensi dell'art. 2 legge 30/03/1971, n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni) o con un residuo visivo pari o a 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione. Sono esclusi: gli invalidi di guerra, gli invalidi del lavoro, gli invalidi per servizio.

Con la presente, vorremo portare la Vs. attenzione sulla fondamentale differenza tra "sordità" ed "invalidità civile", che risulta di essere fondamentale importanza ai fini del corretto riconoscimento dello stato di Sordità.

Il Presidente

**ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE
E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS**

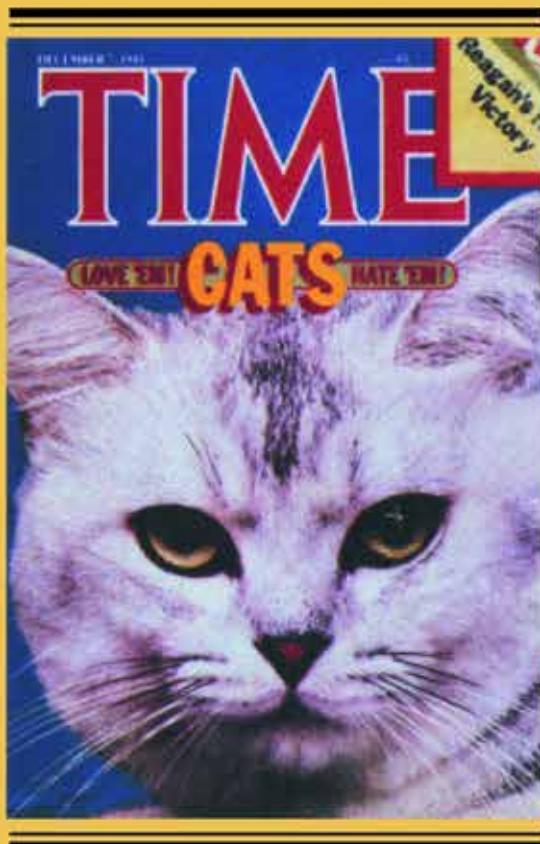
Michele Pannucci



FARMINDUSTRIA
Linee Guida per
l'Informazione Scientifica
www.it.sgs.com



Manfredo Fanfani



*Il Gatto
nella medicina e nell'arte
fra allegoria,
superstizione e magia*

Realizzazione: Ricerche Cliniche Prof. Manfredo Fanfani
Piazza della Indipendenza 18/b Firenze - Tel. 055 49701
www.istitutofanfani.it

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

Una copia della pubblicazione può essere richiesta a info@istitutofanfani.it