

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



L'importanza della vitamina D

M.L. Brandi, T. Corona, O. Di Munno,
G. Galli, P. Monicelli, R. Nuti, S. Parri

La terapia del dolore con opioidi e la gestione dei rischi

R. Mediati, E. Bonicolini, R. Vellucci, A. Bussotti, A.R. De Gaudio

Il riesame dello studio 329 su paroxetina in bambini e adolescenti

C. Manfredi

L'importanza di chiamarsi "esperto"

M. Martelloni, S. D'Errico

N° 4 APRILE 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



Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta

Bonnard, Italia, 1942

Sul set: il regista Mario Bonnard con le attrici Paola Barbara e Greta Gonda in un momento di pausa
Foto di Emilio Gneme
Coll. Museo Nazionale del Cinema, Torino

Anno XXXIV n. 4 - Aprile 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.
- ◆ 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** Hollywood a Tirrenia
F. Napoli

EDITORIALE

- 5** La centralità del paziente, retorica e realtà
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6** L'importanza della vitamina D
M.L. Brandi, T. Corona, O. Di Munno, G. Galli, P. Monicelli, R. Nuti, S. Parri
14 Vitamina D l'ormone dell'osso
A. Panti

QUALITA' E PROFESSIONE

- 15** La terapia del dolore con oppioidi e la gestione dei rischi
R. Mediati e coll.
17 Il riesame dello studio 329 su Paroxetina in bambini e adolescenti
C. Manfredi
19 Opportunità e criticità degli Healthcare Rating Sites
M. Masoni e coll.
20 Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza del Presidio Ospedaliero
Santa Maria Nuova
E. Pellegrino e coll.
22 Biomonitoraggio umano della contaminazione da
Tallio dell'acqua potabile a Pietrasanta
C. Aprea e coll.
25 I nuovi dati 2011-2012 della mortalità in Toscana
A. Martini e coll.
27 Le cinque C
A. Panti
28 Depressione Post Partum: il programma di prevenzione attivato
dai Consultori dell'Azienda USL3 Pistoia
P. D. Marini e coll.
36 La Casa Domotica di Firenze
V. Chisciotti e coll.
38 Quando l'Homo cominciò a correre. L'Evoluzione vista
da un medico sportivo
M. Miglioli

RICERCA E CLINICA

- 40** Bruxismo. Multiprofessionalità ed aspetti neuropsichiatrici
A. Bani
42 Dottore...le calze elastiche proprio non le sopporto
L. Corcos
45 Instabilità di rotula: nuove opzioni chirurgiche
F. Matassi e coll.

LETTI PER VOI

- 21** Antropologia medica del dolore
A. Panti
35 L'altra Marilyn
A. Panti

REGIONE TOSCANA

- 31** Pronto Badante.
Progetto sperimentale esteso a tutta la Toscana
33 Sanità di iniziativa in Toscana: impatto sulla cura
degli assistiti con diabete

MEDICINA LEGALE

- 48** L'importanza di chiamarsi "esperto": certificazione
o autoreferenzialità dell'expert witness in materia di
responsabilità professionale?
M. Martelloni e coll.

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

- 50** Nuove norme UE anticontraffazione farmaceutica
D. Dionisio

SANITA' NEL MONDO

- 52** Linee-guida all'amatriciana
G. Maciocca

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 53** Il Gatto nella medicina e nell'arte fra allegoria, superstizione
e magia
M. Fanfani

LETTERE AL DIRETTORE

- 59** 8 marzo: non solo festa ma politiche di genere!
A. Citernesi

VITA DELL'ORDINE

NOTIZIARIO

CORSI E SEMINARI

FEDERICO NAPOLI

Hollywood a Tirrenia

Cinema come mezzo di comunicazione, oggi come ieri. Massimamente negli Anni Trenta quando questa tecnica non aveva ancora trovato una sua applicazione nell'esaltare il potere politico: nell'Italia del ventennio, invece, l'arte cinematografica diventa un mezzo per identificare una nazione moderna, progressista, affidando a storie e divi il compito di dare una rassicurante immagine dell'Italia di quegli anni. La mostra che attualmente è ospitata presso Palazzo Blu di Pisa trova proprio nell'avventura cinematografica degli Anni Trenta la sua concretizzazione: è infatti la storia della prima città italiana del cinema, Pisorno (cioè un luogo posto a metà strada fra Pisa e Livorno). Palazzo Blu presenta nel corso degli anni mostre di grande richiamo: ricordiamo l'ultima in ordine di tempo, quella dedicata a Toulouse Lautrec. Ma la Fondazione, che vanta anche un'invidiabile collezione permanente ospitata ai piani alti del Palazzo, è solita dedicare spazi del proprio cartellone alla storia locale. L'attuale mostra si innesta in quest'ottica e con il titolo "Tirrenia città del cinema. Pisorno-Cosmopolitan 1934-1969" (curata da Giulia Carluccio) non solo narra gli anni avventurosi della prima Hollywood italiana, ma attraverso titoli di film, soggetti, sceneggiatori, divi e registi offre uno spaccato di storia nazionale. L'inizio è nel 1934 con Gioacchino Forzano che su indicazione del senatore Martelli di Vinci identifica in una pineta selvaggia non lontana da Pisa e dalla nascente cittadina Tirrenia il luogo ove potere fare sorgere su iniziativa privata una città dedicata al cinema. Per il nome del luogo se ne sceglie uno che possa evitare prevedibili contrasti fra comuni limitrofi, appunto Pisorno. L'architetto e scenografo Antonio Valente comincia ad erigere i luoghi di lavoro: nel frattempo nel 1935 esce il primo film prodotto interamente nei nuovi studi, "Campo di maggio" diretto da Forzano. L'iniziativa artistico/industriale richiama pittori per la realizzazione dei bozzetti di scena (Italo Cremona, Virgilio Marchi), registi (Mario Mattoli), attori e attrici diversi: i divi del momento come Doris Duranti, Luisa Ferida e Osvaldo Valente, accanto ad altri che avranno una lunga vita artistica nel secondo dopoguerra come Gino Cervi, Amedeo Nazzari, Alida Valli, i fratelli De Filippo. All'inizio degli Anni Quaranta si girano film di propaganda come "Il re d'Inghilterra non paga" (Forzano, 1941) o altri per un pubblico diverso come "Cenerentola e il signor Bonaventura", diretto (1942) dal disegnatore di quest'ultimo, Sergio Tofano, con pochi soldi, ma tante idee. Quello che si realizza negli studi di Pisorno è un lavoro collettivo, dove si formano schiere di professionisti del settore, dove artisti trovano una valorizzazione alla propria arte, con una forte ricaduta economico/turistica sul litorale toscano. Nella mostra a Palazzo Blu, questi primi anni degli studi cinematografici sono documentati con attrezzi di scena, progetti architettonici ora enfatici ora

razionalisti (realizzati da Adolfo Coppédé e Federigo Severini), locandine e manifesti delle pellicole girate, foto di divi, frequenti spezzoni di alcuni film. Nel 1937 è inaugurata a Roma Cinecittà, ma nel 1943 gli studi sono trasferiti alla Giudecca di Venezia; comunque, il passaggio del fronte è devastante per Tirrenia: non solo si disperde un patrimonio di professionalità, ma i teatri di posa prima usati dai tedeschi come depositi di armi, vengono poi occupati da sbandati e disertori alleati. Solo nel 1952 c'è un rilancio dell'attività cinematografica con il film "Imbarco a mezzanotte" di Joseph Losey, in mostra documentato da materiali pubblicitari, foto di scena, sceneggiatura e copione, bozzetti diversi. Però il destino di Pisorno sembra ormai segnato, con la sua posizione più decentrata rispetto alla stessa Cinecittà: qualche film musicale (con i cantanti del momento come Claudio Villa e Luciano Tajoli), poi la chiusura (1959). Ma interviene Carlo Ponti, che rileva i teatri di posa e ribattezza l'insieme "Cosmopolitan": forte di capitali, ha una carta vincente da giocare, Sophia Loren e gira due film "La riffa" (episodio di "Boccaccio 70") e "Madame Sans Gene" (esposti anche costumi di scena). Tornano registi come Marco Ferreri Mario Monicelli e Mauro Bolognini; Vittorio De Sica dirige "I sequestrati di Altona" (1962): nella mostra di Pisa sono esposti tutti i disegni di Renato Guttuso per la sceneggiatura. Poi, il secondo definitivo declino: ancora qualche western all'italiana, alcune pellicole sexy, il genere poliziesco popolare. Infine, nel 1969 cala il sipario. Eccezionalmente, nel 1987 i fratelli Taviani riutilizzeranno i vuoti spazi di Pisorno per il loro film "Good morning Babilonia".

Ma resta una storia passata viva e creativa, una realtà innegabile, documenti, una lapide nella pineta, un centro balneare, la memoria dei fatti: di tutto ci dà testimonianza, simpaticamente e in modo divertente, la mostra a Palazzo Blu di Pisa.

Tirrenia città del cinema. Pisorno-Cosmopolitan 1934-1969

Palazzo Blu, Pisa
Fino al 3 luglio (orario/ingresso libero)



Carlo Campogalliani, Italia, 1940
Leda Gloria. Coll. Museo Nazionale del Cinema, Torino.

<http://www.palazzoblu.org/index.php?id=946&lang=it>



ANTONIO PANTI

La centralità del paziente, retorica e realtà

I medici sanno bene che il cosiddetto paternalismo è ormai defunto anche se si può presentare mascherato in mille modi all'interno delle complesse logiche del *moloch* sanitario. Per questo si pone spesso l'accento sulla "centralità del paziente" quale conquista sociale e rivendicazione umana, e questa legittima pretesa è diventata quasi un mantra del politicamente corretto. È una posizione legittima, collegata al cosiddetto *empowerment* del cittadino, cioè a un suo più concreto inserimento nel processo decisionale sia personale, in caso di malattia, che collettivo nel contrasto ai rischi primari. In America il principio base della tutela della salute è la capacità individuale di mantenerla, il che pone sullo sfondo il concetto europeo di solidarietà e di ecologia intergenerazionale.

Tutto ciò, tuttavia, rischia di diventare un mito cui non segue una realtà sempre positiva. Il "paziente" - colui che patisce - si trasforma in "esigente" sostenitore della propria autodeterminazione e della capacità di imporre al medico, quasi fosse un mero esecutore, le sue scelte. Allora qualche riflessione è opportuna. Essere malato non è un atto solitario, a meno che qualcuno non voglia risolvere da solo i propri problemi rinunciando a ogni forma di assistenza. La malattia implica l'impegno della famiglia e, a seguito del suo riconoscimento sociale (e basta il certificato del medico), smuove una somma di aiuti pubblici spesso rilevantissimi sul piano dei costi e dell'organizzazione. Il medico non è solo il mediatore sociale che, unico, ha il diritto di definire "malata" una persona, ma è anche colui che, con la sua competenza professionale, stimola la resilienza del paziente, il suo *coping*, insomma stabilisce una relazione che ha effetti positivi sullo stesso decorso del male. Il medico è una figura di riferimento che opera secondo millenari principi etici.

Però oggi si afferma un'ambigua tendenza sociale. Da un lato le attese miracolistiche in una medicina salvifica illuminano la scienza medica, o meglio la sua vulgata, per poi creare disillusione e quasi rabbia per i limiti della cura; dall'altro i medici, in quanto detentori di

questo potere tecnologico, sono spesso indicati come capri espiatori di tutti i mali della sanità. E di nuovo torna il mantra della centralità del cittadino che deve decidere (e va bene!), deve essere rispettato nella sua dignità (e come opporsi?), deve insomma essere al centro dell'assistenza. È ovvio, anche perché l'affermazione dei diritti di cittadinanza è ben lungi dall'essere completata. Ma nel caso specifico della tutela della salute vorremmo sommessa-mente ricordare che questa è possibile se il cittadino paziente trova di fronte a sé, per aiutarlo a superare i suoi guai e la sua sofferenza, un medico sereno che dispone del tempo neces-sario ad ascoltarlo e a comprenderne il vissuto. Certamente un medico umano e capace, ma la centralità, se questa parola vuol dare il senso dell'importanza del valore etico e politico di ciò di cui si parla, non è né del paziente né del medico, è la relazione che deve essere posta alla base e al centro di qualsiasi prassi assistenziale.

Infine il concetto di produttività non può essere ignorato in sanità ma occorre ricordare che questo non è solo tecno-dipendente, come in qualsiasi altro processo produttivo in cui le tecnologie consentono un enorme incremen-to della produzione. In medicina il "prodotto salute" è prevalentemente tempo-dipendente. Parlare, ascoltare, comprendere, richiede tem-po. La questione tempo dovrebbe essere la ba-se dei prossimi contratti di lavoro, altrimenti i medici non potranno soddisfare le richieste dei pazienti. La cosiddetta umanizzazione delle cu-re consiste nel riconoscere diritti e doveri di tutti gli attori in causa. Allora, per evitare gli affolla-menti in centro, è bene che la politica e l'am-ministrazione sappiano creare le condizioni per cui il rapporto tra medico e paziente si possa svolgere secondo i canoni antichi del recipro-co rispetto. Il soggetto debole della relazione è senza dubbio il paziente, però evitiamo che anche il medico si senta a disagio nel profes-sare la sua opera perché in tal modo nessuno ne trarrebbe vantaggio anzi sempre più assiste-remmo a una traslocazione meccanicistica della medicina.

TM

M.L. BRANDI¹, T. CORONA², O. DI MUNNO³, G. GALLI⁴, P. MONICELLI⁵, R. NUTI⁶, S. PARRI⁷

L'importanza della vitamina D

TOSCANA MEDICA – Quali sono i dati ad oggi disponibili per il nostro Paese ed in particolare per la Toscana in relazione alle condizioni di ipovitaminosi D?

BRANDI – Ad oggi l'unico studio italiano, lo Studio ESOPO, che ancora mantiene una certa rilevanza risale ad una decina di anni fa e si trattava di una indagine multicentrica, che aveva valutato l'incidenza dell'ipovitaminosi D nelle donne di età avanzata andando a misurare i valori di calcidiolo, il metabolita cioè che definisce la quantità di vitamina D in un determinato soggetto. I dati di quello studio dimostrarono che in Italia la carenza di vitamina D era presente in circa il 70% della popolazione studiata. D'altra parte non possiamo però non considerare che i dati della Letteratura internazionale hanno ormai dimostrato con certezza che circa il 50% delle donne in periodo postmenopausale, indipendentemente dall'età anagrafica, presentano livelli inadeguati di vitamina D, inferiori cioè a 30 nanogrammi/ml. Questo significa che dopo la menopausa inizia una progressiva diminuzione della vitamina D a livello cutaneo con la conseguente comparsa di iperparatiroidismo secondario. Prendendo in considerazione popolazioni di soggetti con fratture patologiche di femore da fragilità, si vede che il deficit di vitamina D arriva ad essere presente nel 70–80% dei casi. Molto interessanti appaiono poi i dati rilevati in Campania relativi a 300 soggetti di età compresa tra 14 e 20 anni nei quali l'inadeguatezza della quantità di vitamina D è stata riscontrata in una percentuale di circa il 70%, contro un preoccupante deficit vero e proprio di ben il 27%.

NUTI – In Italia il deficit di vitamina D è molto più diffuso di quanto comunemente si possa credere, come ha dimostrato anche lo studio POINT condotto in una popolazione di soggetti anziani ricoverati in reparti di Medicina Interna per fratture vertebrali. Credo però sia molto importante sottolineare che oggi sempre più spesso ci troviamo di fronte a situazioni di ipovitaminosi D in persone di più giovane età (50 – 60 anni) in assenza di apparenti fattori di rischio. Questo significa, anche in un'ottica strettamente legata ai costi, che è molto più importante identificare e prevenire le condizioni di deficit vitaminico D che essere

costretti a gestirne poi la più temibile conseguenza, vale a dire l'evento fratturativo.

DI MUNNO – La vitamina D ha un ruolo molto importante anche in ambito reumatologico, non solo nelle malattie reumatiche a carattere infiammatorio e autoimmune, come le connettiviti e le artriti, ma anche in malattie come l'artrosi e le fibromialgia dove l'ipovitaminosi D è presente addirittura nell'80% dei pazienti con valori medi di 25 idrossivitamina D di circa 18 ng/ml contro i normali 30 ng/ml. Questi valori finiscono per confermare i risultati di alcuni studi, secondo i quali la carenza di vitamina D favorirebbe l'insorgenza di molte malattie reumatiche, modulandone la gravità e le complicanze, anche e soprattutto a livello di un interessamento multiorgano.

TOSCANA MEDICA – Le condizioni di ipovitaminosi D sembrano oggi essere più frequenti rispetto al passato: questo è dovuto ad un aumento dei fattori di rischio oppure ad una precedente minore consapevolezza? Ed ancora la conoscenza da parte dei medici di queste tematiche è adesso correttamente valorizzata?

MONICELLI – Credo che la questione dell'ipovitaminosi D sia oggi sostanzialmente sottostimata, anche perché in linea generale i medici con scarsa frequenza ne richiedono il dosaggio al laboratorio. Devo però riconoscere che l'interesse per questa vitamina è andato progressivamente ad aumentare, come del resto dimostrano anche i dati AIFA che parlano di un suo consumo aumentato nel 2014 del 20% rispetto all'anno precedente con un costo complessivo in Italia di circa 187 milioni di Euro. L'ipovitaminosi D a mio parere dovrebbe meritare una ben maggiore considerazione da parte dei medici, soprattutto di quelli di medicina generale, osservazione confermata anche dal riscontro tra i miei pazienti più giovani (21 – 28 anni) di alcuni casi di grave deficit. Ovviamente non credo che il dosaggio della vitamina D debba diventare un esame di routine, però una maggiore attenzione dovrebbe essere riservata ai soggetti più anziani e non solo per la sua azione specifica sull'osso.

NUTI – Le nuove tecnologie oggi disponibili hanno senza dubbio semplificato l'esecuzione



Maria Luisa Brandi



Tiberio Corona



Ombretta Di Munno

¹Maria Luisa BRANDI, Ordinario di Endocrinologia dell'Università di Firenze;

²Tiberio CORONA, Dirigente del Servizio Farmaceutico della Regione Toscana;

³Ombretta DI MUNNO, Associato di Reumatologia dell'Università di Pisa;

⁴Giuseppe GALLI, medico di medicina generale Massa Carrara Commissione Terapeutica Regione Toscana;

⁵Paolo MONICELLI, medico di medicina generale a Pisa;

⁶Ranuccio NUTI, Ordinario di Medicina Interna dell'Università di Siena;

⁷Simone PARRI, consulente economico dell'Università di Firenze.



Giuseppe Galli



Paolo Monicelli



Ranuccio Nuti



Simone Parri

dei dosaggi della vitamina D, rispetto a quanto accadeva in passato, mantenendo peraltro elevati standard qualitativi. Non credo che si possa oggi parlare di nuovi specifici fattori di rischio, ad esempio ambientali, per giustificare la diffusa condizione di ipovitaminosi: certamente può influire la ridotta esposizione ai raggi solari oppure l'uso eccessivo di crema protettive, oltre al fatto che con l'avanzare dell'età questo meccanismo di sintesi va gradualmente a ridursi. Anche l'alimentazione basata su cibi contenenti quantità significative di vitamina D (pesci, formaggi, latte, uova ecc.), altra importante fonte di approvvigionamento, non è sostanzialmente cambiata nel corso degli ultimi decenni per cui non credo che il problema di eventuali nuovi fattori di rischio predisponenti all'ipovitaminosi D possa sussistere.

TOSCANA MEDICA – *Ma allora a quali soggetti potrebbe essere consigliato il dosaggio della vitamina D?*

NUTI – Si tratta di una questione ancora aperta. Direi in prima battuta ai soggetti anziani, in linea di massima oltre i 70 anni, senza però dimenticare soggetti più giovani nei quali possono essere individuati specifici fattori di rischio.

BRANDI – Relativamente a quanto diceva adesso il prof. Nuti anche io concordo sul fatto che il dosaggio sistematico della vitamina non debba essere sempre e comunque ricercato, anche alla luce delle evidenze pubblicate in Letteratura che lo sconsigliano, ad esempio, in età avanzata e nelle donne in postmenopausa. Le cose cambiano ovviamente nel caso della popolazione giovanile, anche se ad oggi indicazioni precise su quali soggetti studiare non sono state proposte. Una classe di soggetti giovani da valutare potrebbe essere rappresentata dalle donne in gravidanza (nelle quali però questo dosaggio non viene eseguito routinariamente). Nella prima infanzia le recenti raccomandazioni della Società Italiana di Pediatria suggeriscono l'estensione della supplementazione di vitamina D per i primi quattro anni di vita, contro solo il primo come è accaduto fino ad ora nel nostro Paese. È stato infatti dimostrato che questo intervento permette di arrivare all'età adolescenziale con quantità significativamente maggiore di massa ossea. Il dosaggio della vitamina D potrebbe poi essere consigliato nei pazienti che assumono per lungo tempo terapie cortisoniche, in quelli affetti da patologie che ostacolino l'assorbimento di calcio a livello intestinale oppure nei soggetti in terapia con farmaci

anticonvulsivanti. Partendo dal presupposto che i dosaggi hanno un costo, non dobbiamo dimenticare che la vitamina D deve essenzialmente servire ai sistemi sanitari per risparmiare denaro e non certo a spenderne altro inutilmente!

DI MUNNO – Fermo restando che non è giustificato andare a dosare sempre e comunque la vitamina D nei pazienti anziani, credo però che molte condizioni di ipovitaminosi che oggi ci troviamo ad affrontare non dipendano tanto da un aumento della sensibilità dei medici verso queste problematiche, quanto piuttosto da alcuni fattori oggettivi. Uno è rappresentato dalla minore esposizione alla luce solare non solo degli anziani, ma anche dei giovani che sempre più spesso trascorrono buona parte della giornata di fronte al computer oppure fanno attività sportiva, prevalentemente al chiuso delle palestre. Un altro fattore da considerare è la forse eccessiva demonizzazione dell'esposizione alla luce solare, da diversi anni sostenuta dai dermatologi, soprattutto per quanto riguarda l'età pediatrica. Ovviamente la fotoprotezione, soprattutto nei bambini, non deve essere assolutamente trascurata e mi guardo bene dal sostenere il contrario, ma vorrei far presente che l'applicazione di una normale crema antisolare con fattore di protezione medio-basso (15) comprata in profumeria riduce del 70 – 80% la capacità di sintesi della vitamina D a livello cutaneo. Il terzo fattore che vorrei sottolineare è il sempre più elevato numero di persone obese, ovviamente tutte a rischio di carenza di vitamina D che, per la sua spiccata lipofilia, si deposita nel tessuto adiposo, rendendosi pertanto indisponibile per gli importanti processi metabolici in cui interviene.

BRANDI – Se poi in qualche caso, invece di un deficit, si dovesse temere un sovradosaggio di vitamina D (evenienza onestamente poco probabile alle usuali posologie), conviene ricorrere al dosaggio del calcio nelle urine che, ad un costo molto minore di quello della vitamina D, fornisce comunque un quadro molto preciso della situazione.

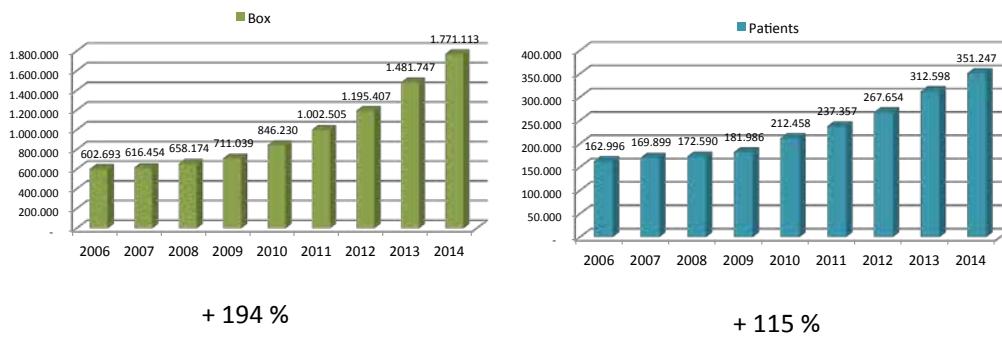
MONICELLI – Oltre le considerazioni relative all'opportunità di dosare la vitamina D ed alla questione non trascurabile dei costi di queste attività, un altro aspetto di grande praticità è rappresentato da quando eventualmente dosare questa sostanza. In Italia infatti per questioni atmosferiche e climatiche nel periodo da ottobre a marzo la produzione di vitamina D a livello cutaneo è praticamente

Analisi regionale

The consumption of vitamins D

The analysis has been performed by retrieving data from the electronic Tuscan Regional Prescription Database for reimbursed medications for the years 2006-2013, within a Project named **T.A.R.Ge.T.** (Trattamento Appropriate delle Rifratture Geriatriche in Toscana, i.e. *"Appropriate treatment of geriatric fractures in Tuscany"*)

This database is administered by the Region of Tuscany (total: 3,619,872 and 3,692,828 inhabitants in 2006 and 2013, respectively).



Consumo di Vitamina D in Toscana dal 2006 al 2014 (Prescrizioni a carico del SSN). Fonte: Progetto T.A.R.Ge.T. (Trattamento Appropriate delle rifratture Geriatriche in Toscana) www.target-project.net.

assente e quindi il suo dosaggio avrebbe ben poco significato.

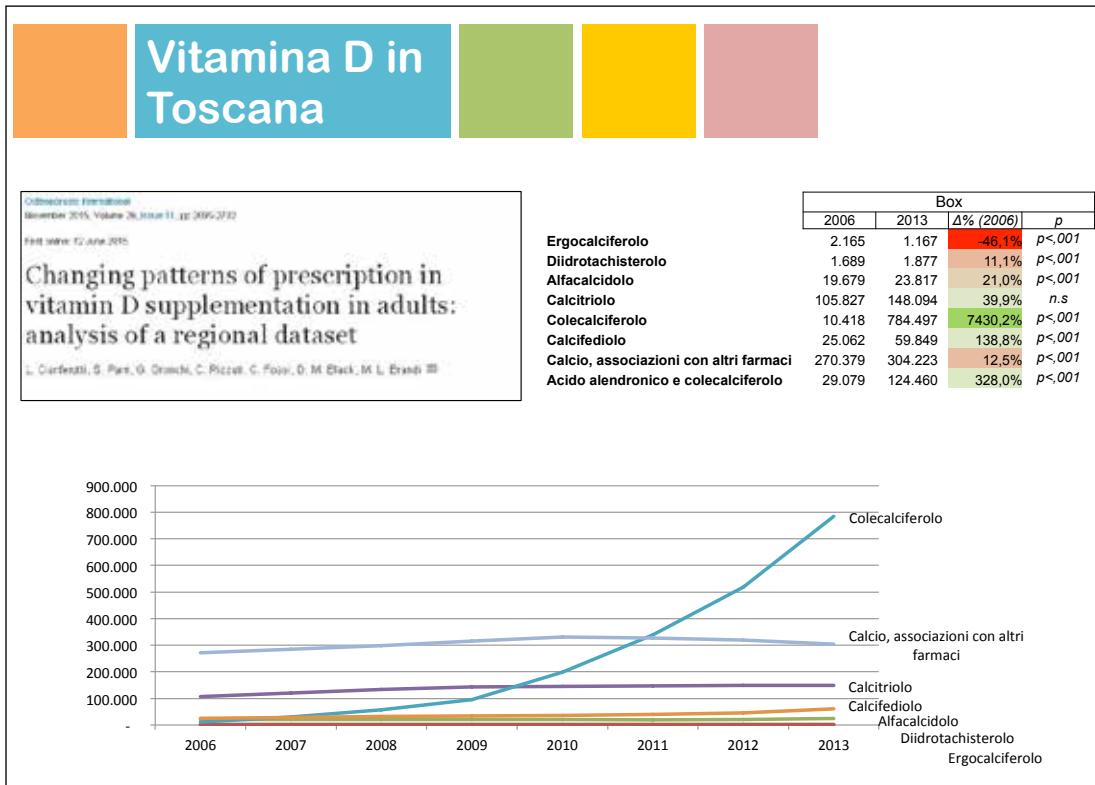
TOSCANA MEDICA – *Approfondiamo la questione dell'alimentazione: vitamina D, regimi alimentari e dieta mediterranea.*

NUTI – Il concetto oggi prevalente secondo il quale "grasso è brutto" e "magro è bello" inevitabilmente finisce per condurre a schemi dietetici inadeguati ed a rischi carenziali, ancor più in caso di abolizione totale o quasi di alcuni nutrienti come avviene in diete particolarmente restrittive. I medici di base hanno in questo senso una grande importanza visto che possono agevolmente intercettare e consigliare i loro più giovani pazienti eventualmente dediti a pericolose abitudini alimentari, peggio ancora se in regime di "fai da te". Per quanto riguarda la dieta mediterranea, certamente portatrice di tantissimi benefici, non credo che abbia poi più di tanta importanza per quanto riguarda l'introito di vitamina D. Il nostro fabbisogno giornaliero si aggira infatti intorno alle 400 Unità Internazionali per i bambini - 800 per gli adulti e questa quantità ben difficilmente può essere raggiunta solo con la dieta medi-

terranea, seppure ricca di alimenti assai utili prevalentemente in prevenzione cardiovascolare. Per questo secondo me l'atteggiamento giusto da seguire è quello di associare delle buone abitudini alimentari ad una adeguata esposizione ai raggi solari, senza però dimenticare che la sintesi della vitamina D a livello cutaneo diminuisce inesorabilmente con l'invecchiamento.

BRANDI – Tra l'altro è stato dimostrato che per quanto se ne esasperi l'introito con la dieta, questa da sola non è mai sufficiente a garantire livelli normali di vitamina D, rimanendo pertanto di fondamentale importanza, la sua sintesi endogena a livello della cute.

GALLI – Quando nella mia pratica clinica sono andato a dosare i valori in alcuni pazienti con malattie reumatologiche o affetti da osteoporosi, in cui vi dovrebbe essere una elevata prevalenza di pazienti con deficit di vitamina D devo riconoscere di avere con sorpresa trovato dei valori generalmente migliori di quanto riportato in letteratura e verosimilmente questo dipende anche dal fatto che operando in un ambito rurale, gli assistiti spesso vivono e lavorano prevalentemente all'aria aperta: non



è da escludere pertanto a priori una ampia variabilità dei valori di vitamina D anche su base territoriale e per microaree.

TOSCANA MEDICA – Partendo dalla considerazione che non sempre è facile garantire all'organismo il fabbisogno necessario di vitamina D, le 800 Unità prima ricordate, con la dieta, l'esposizione al sole ecc, quando è necessario ricorrere alla supplementazione di colecalciferolo?

NUTI – Come è stato detto in precedenza si tratta di una domanda che non ha ancora ottenuto una risposta definitiva da parte degli esperti. In linea di massima si potrebbe pensare di somministrare colecalciferolo a tutta la popolazione ultrasessantacinquenne soltanto dopo avere eseguito in tutti questi soggetti il dosaggio della vitamina D. Questo approccio però si è dimostrato scarsamente attuabile, non ultimo a causa della questione economica legata ai costi per il dosaggio della vitamina D: secondo questa procedura comunque dovrebbero ricevere la supplementazione solo coloro che presentano uno stato vitaminico D inferiore alla norma anche in assenza di specifici fattori di

rischio. Ovviamente in questo modo si corre il rischio di dovere periodicamente ricorrere all'esecuzione dei dosaggi per vedere se la nostra azione di cura ha avuto effetti positivi, innescando così un circolo che certamente non può definirsi virtuoso, soprattutto dal punto di vista appunto economico. Per questo credo sia fondamentale che i medici, sia quelli di base che gli specialisti, riescano ad identificare nel miglior modo possibile quelle persone che, per storia di malattia o per la presenza di specifici fattori di rischio, potrebbero davvero beneficiare della supplementazione vitaminica.

TOSCANA MEDICA – Allora l'atteggiamento della Regione Toscana che cerca di somministrare a tutti gli over 65 la vitamina D approfittando magari di alcune occasioni come le campagne di vaccinazione antinfluenzale, può definirsi corretto?

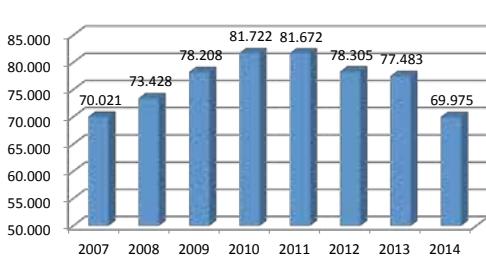
BRANDI – Credo che agli ultrasessantacinquenni si possa tranquillamente somministrare la vitamina D senza necessità di alcun dosaggio e senza temere il rischio di una ipervitaminosi, visto che la posologia oggi consigliata nell'anziano è assolutamente si-

**Trattamento Farmaci in nota AIFA 79 e supplementazioni con calcio e/o vitamina D
di tutti i pazienti toscani**

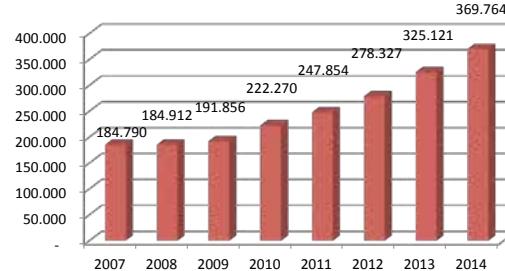
Farmaci Antifratturativi			
anno	pazienti	% n /n-1	% (2007)
2007	70.021		
2008	73.428	4,87%	4,87%
2009	78.208	6,51%	11,69%
2010	81.722	4,49%	16,71%
2011	81.672	-0,06%	16,64%
2012	78.305	-4,12%	11,83%
2013	77.483	-1,05%	10,66%
2014	69.975	-9,69%	-0,07%

Vitamina D e Calcio			
anno	pazienti	% n /n-1	% (2007)
2007	184.790		
2008	184.912	0,07%	0,07%
2009	191.856	3,76%	3,82%
2010	222.270	15,85%	20,28%
2011	247.854	11,51%	34,13%
2012	278.327	12,29%	50,62%
2013	325.121	16,81%	75,94%
2014	369.764	13,73%	100,10%

Farmaci Antifratturativi



Vitamina D e Calcio



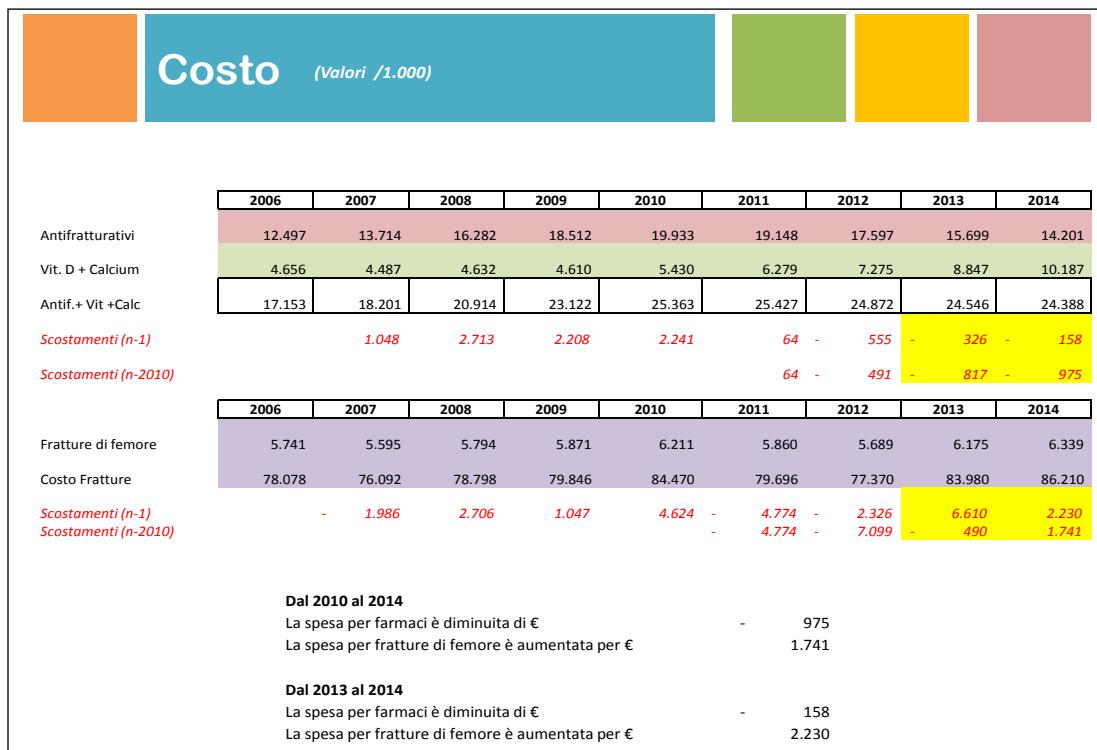
Numero dei Pazienti Toscani trattati con farmaci antifratturativi in nota 79 e vitamina D dal 2007 al 2014. Fonte: Progetto T.A.R.Ge.T. (Trattamento Appropriate delle rifratture Geriatriche in Toscana) www.target-project.net.

cura. Un problema da considerare potrebbe semmai essere quello della diversa capacità di assorbimento della vitamina D nel singolo individuo, a causa delle numerose situazioni prima ricordate. Anche la modalità di somministrazione potrebbe creare qualche problematica, trattandosi di soggetti anziani, spesso con pesanti comorbilità associate e costretti ad assumere giornalmente un gran numero di farmaci. Essendo la vitamina un ormone, in teoria dovrebbe essere assunto tutti i giorni, secondo i normali ritmi di produzione/assorbimento messi in atto dall'organismo e per questo sono in linea di principio contraria alle formulazioni retard ed ai dosaggi molto elevati che in passato hanno fatto parlare nel nostro Paese (con grande sorpresa della comunità internazionale!) di "vaccinazione" a base di vitamina D. Tra l'altro quando venne sollevata la questione dei cosiddetti "megadosaggi" in Italia non furono neppure trovati i fondi per potere dimostrare con studi adeguati se questa metodica di somministrazione potesse dimostrarsi realmente efficace. A livello mondiale l'esperienza clinica con i megadosaggi è stata in seguito bocciata, soprattutto quando cominciarono ad essere pubblicati autorevoli lavori che dimostravano il danno provocato dalle alte quantità di Calcio sull'apparato cardiovascolare, nel timore

di picchi di calcemia nei pazienti sottoposti a megadosaggi. Oggi in tutto il mondo si cerca di somministrare la vitamina D nella maniera più fisiologica possibile.

DI MUNNO – Sono d'accordo con la prof. Brandi e devo dire che anche la Società italiana dell'osteoporosi e del metabolismo minerale condivide pienamente l'atteggiamento adesso riportato. Purtroppo l'assunzione giornaliera della vitamina D può creare in molti pazienti dei grossi problemi di aderenza; per questo sono state identificate delle soluzioni, per così dire intermedie, che consigliano somministrazioni settimanali, bisettimanali o mensili. Tra l'altro la pericolosità dei megabolli è stata associata anche all'aumento dei marcatori di riassorbimento osseo e, proprio recentemente, addirittura ad un incremento del rischio di cadute e di conseguenza, di eventi fratturativi.

NUTI – La cosiddetta "vaccinazione con la vitamina D" prima ricordata, in assenza di evidenze scientifiche certe, si è dimostrata soprattutto utile per garantire una migliore aderenza possibile alla terapia. Oggi comunque, anche secondo la mia opinione lo schema migliore e maggiormente fisiologico di somministrazione della vitamina D, è senza dubbio quello settimanale.



Costi per trattamenti antifratturativi e vitamina D, confronto con i costi per le fratture di Femore in Toscana dal 2006 al 2014.
Fonte: Progetto T.A.R.Ge.T. (Trattamento Appropriate delle Rifratture Geriatriche in Toscana) www.target-project.net.

TOSCANA MEDICA – Cerchiamo di riepilogare i concetti fino ad ora espressi. In primo luogo quale è lo schema di somministrazione migliore dal punto di vista fisiologico? Secondo. Quale è invece lo schema in grado di garantire la migliore compliance da parte del paziente? Terzo. Quali sono i dosaggi da consigliare?

BRANDI – Io penso che più che considerare lo schema di somministrazione di un qualsiasi farmaco, sia molto più importante valutarne le implicazioni fisiologiche. Secondo me infatti in linea generale se una persona è davvero convinta di volere assumere una certa terapia, non scorda quando e quale farmaco prendere e questo vale anche per la vitamina D per la quale preferisco la somministrazione giornaliera, settimanale o, al più, mensile. Tra l'altro non dimentichiamo che i dosaggi quali quelli di 100.000 Unità Internazionali comportano dei problemi anche di carattere tecnico, per la palatabilità e per la possibilità che le fiale si rompano accidentalmente al momento dell'apertura.

TOSCANA MEDICA – Considerando il grande numero di persone che potrebbero beneficiare della somministrazione di vitamina D, dei costi complessivi legati agli even-

ti fratturativi, della disabilità legata a molte condizioni di osteopenia, come si affronta il problema della dinamica e della appropriatezza dei costi degli interventi da mettere in pratica?

BRANDI – Prima di tutto dobbiamo ricordarci sempre che la vitamina D esplica la propria efficacia antifratturativa in quanto agisce sul metabolismo del Calcio, il quale deve essere fornito all'organismo principalmente con l'alimentazione. Un contrasto realmente efficace contro le fratture deriva proprio soltanto da questa sinergia calcio/vitamina D.

PARRI – I dati epidemiologici attualmente in nostro possesso derivano per lo più dallo studio TARGET, progetto della Regione Toscana dal 2006 finalizzato alla prevenzione delle fratture di femore. Per prima cosa notiamo che dal 2006 al 2014 il numero dei soggetti trattati con vitamina D è aumentato addirittura del 115%, mentre il numero delle confezioni distribuite ha registrato un incremento di ben il 194%, con tassi curiosamente maggiori nella popolazione maschile rispetto a quella femminile. Il consumo di vitamina D è poi risultato in aumento anche in fasce di età che prima tradizionalmente non

ricevevano questo tipo di terapia. La sostanza che ha avuto il massimo picco di distribuzione (addirittura il 7000% dal 2006 al 2014) è stato il colecalciferolo. Per quanto riguarda i costi nel 2006 la Regione Toscana spendeva per la vitamina D ed il calcio circa 4,5 milioni di euro mentre nel 2014 la spesa risulta essere pari a oltre 10 milioni di euro, facendo rilevare un incremento di circa il 119%. Nello stesso periodo il costo regionale per i farmaci antifratturativi si incrementava dal 2006 al 2010 da circa 12,5 milioni di euro a 20 milioni di euro per poi diminuire repentinamente fino al 2014 con una spesa annua pari a circa 14 milioni di euro. Una criticità da non trascurare è tuttavia l'aumento significativo del numero delle fratture di femore e delle altre tipicamente associate a condizioni di fragilità ossea che ha praticamente azzerato il piccolo vantaggio legato alla diminuzione di spesa complessiva per vitamina D, calcio e farmaci antifratturativi. Questa situazione in parte è stata causata dall'atteggiamento prescrittivo di molti medici che hanno considerato la vitamina D farmaco di elezione per la terapia dell'osteoporosi. Questo scenario è stato confermato dall'analisi specifica di alcune classi ben definite di soggetti fratturati di femore che ha evidenziato come sempre più soggetti assumono vitamina D in sostituzione dei farmaci con specifica azione contro le fratture. Questo conferma quanto detto in precedenza, cioè il fatto che i farmaci antifratturativi devono sempre essere accompagnati dalla supplementazione con vitamina D. Purtroppo però già nel 2006 solo il 6,2% dei fratturati veniva già trattato entro un anno con questo schema di terapia. Questa percentuale ha raggiunto il picco del 13% nel 2011, scendendo nuovamente all'11% nel 2014.

NUTI – Questi dati confermano un aspetto scientificamente ormai ben conosciuto ed evidentemente ancora in parte ignorato: la vitamina D è in grado di prevenire l'osteoporosi ma certamente non di curarla. Tra l'altro è stato ormai chiaramente dimostrato che il calcio e la vitamina D da soli non sono in grado di ridurre significativamente il rischio fratturativo. Per questo il messaggio che deve assolutamente passare è che la malattia osteoporotica deve essere trattata solo con farmaci anabolici o antirassorbitivi.

TOSCANA MEDICA – Il grande aumento in Toscana del consumo di vitamina D prima ricordato però probabilmente non è legato solo agli interventi di prevenzione dell'oste-

porosi e del rischio fratturativo visto che la vitamina D recentemente viene sempre più spesso impiegato, ad esempio, anche da specialisti diabetologi, endocrinologi e neurologi.

PARRI – L'analisi che abbiamo fatto su fratturati di femore trattati entro un anno doveva servire proprio a scremare le indicazioni all'impiego della vitamina D: se avessimo scelto un periodo di tempo più lungo, ad esempio tre anni, era probabile che quei soggetti avessero iniziato questa terapia magari per altri motivi e non per la frattura. Senza poi dimenticare che a questi pazienti viene sempre più spesso somministrata vitamina D e sempre meno sostanze ad azione antifratturativa. Approfittato poi per ricordare un documento AIFA del 2014 dal titolo assai significativo "Vitamina D, consumi in ascesa e prescrizioni poco appropriate", che potrebbe anche preludere a qualche intervento di natura restrittiva da parte delle autorità regolatorie.

TOSCANA MEDICA – *Riassumiamo alcuni punti salienti della discussione. In caso di osteoporosi di una certa gravità la vitamina D deve essere assolutamente impiegata in associazione ai farmaci antifratturativi. A livello di prevenzione nelle fasce di età più elevate la vitamina D dovrebbe essere somministrata a dosaggi adeguati e secondo schemi posologici il più fisiologici possibili. Ma quando parliamo di prevenzione, in realtà cosa cerchiamo di prevenire, visto che l'anziano, osteoporosi a parte, spesso si frattura anche per essere inciampato in un tappeto o per essere caduto a terra a causa di un marciapiedi sconnesso o di una soglia troppo alta?*

BRANDI – Partendo dalla considerazione ormai ampiamente dimostrata che la vitamina D insieme al Calcio in giusti dosaggi è in grado di prevenire le fratture, la prevenzione che veniva adesso ricordata serve essenzialmente a mantenere un buon livello di regolazione del metabolismo minerale nei soggetti a rischio: anche se viene impiegata in tante altre situazioni, la vitamina D e gli altri ormoni calciotropi servono in primis a questo. Di tutte le altre indicazioni, ancora in assenza di evidenze certe, preferirei si parlasse il meno possibile, per non creare falsi messaggi.

TOSCANA MEDICA – *Quale è il ruolo della medicina generale nello scenario che è stato fino ad ora descritto?*

GALLI – Credo che il medico di medicina generale, a parte una generica attività di educazione

sanitaria in materia, (un counselling strutturato sui benefici del trattamento da parte di personale ad hoc potrebbe avere esiti più favorevoli) possa fare ben poco, soprattutto a causa della frequente scarsa *compliance* dei pazienti di fronte a terapie che dovrebbero essere assunte ad intervalli di tempo definiti e per lunghi periodi per essere efficaci. Per quanto riguarda la vitamina D una discreta *compliance* si aveva con la somministrazione di alte dosi ogni sei mesi ma sembra che gli elevati dosaggi possano incrementare il rischio di caduta e quindi di frattura, i dosaggi più bassi esporranno ovviamente al rischio di una minore aderenza. Per i bisfosphonati, una soluzione in pazienti a rischio elevato potrebbe essere la somministrazione di molecole a lunga durata di azione per via endovenosa una volta all'anno. Un vantaggio sulla prevenzione degli eventi fratturativi potrebbe derivare anche dalla somministrazione di routine di calcio e vitamina D nel caso di pazienti istituzionalizzati, oppure dal rinforzo alla compliance durante le visite in assistenza domiciliare programmata (ADP) od in assistenza domiciliare integrata (ADI).

MONICELLI – Anche secondo me l'informazione rappresenta un momento molto importante, magari gestita dal personale che oggi sempre più spesso coadiuva il medico di medicina generale. I medici di base poi hanno in questo campo ben poche possibilità prescrittive visto che, ad eccezione dei bisfosphonati, tutti gli altri farmaci sono con nota e di esclusiva pertinenza specialistica. Certamente per la peculiarità del loro lavoro possono senza dubbio seguire con particolare attenzione alcuni pazienti, come per esempio quelli che già hanno avuto un evento fratturativo, anche se gli effetti collaterali di molte di queste molecole, questi farmaci sono prescrivibili a carico del SSN in fascia A e la necessità di lunghissimi periodi di somministrazione non possono che ridurre grandemente la *compliance* verso la terapia.

TOSCANA MEDICA – Cosa è stato fatto in Toscana in termini di organizzazione sanitaria e di attività di prevenzione anche secondaria e terziaria?

CORONA – Vorrei iniziare ricordando che oggi la vitamina D, come tutte le vitamine, non viene neanche più considerata un farmaco, ma un integratore alimentare. Detto questo, la Regione Toscana non ha potuto fare niente di diverso che pagare i farmaci visto che ad un certo punto in particolare il

colecalciferolo è ricomparso sul mercato come farmaco registrato per l'ipovitaminosi D ed inserito in classe A di dispensazione. Ora, se è vero che l'ipovitaminosi è un concetto ancora piuttosto mal definito e con risultati terapeutici di dubbia validazione, perché non prescrivere allora gli integratori alimentari, visto tra l'altro che, come è stato detto in precedenza, la vitamina D viene somministrata anche in molte altre condizioni che ben poco hanno a che fare con l'equilibrio del metabolismo minerale? In presenza di una registrazione come farmaco, è ovvio che la vitamina D sia indicata negli stati vitaminici carezionali e venga accompagnata da una nota specifica, la 79, che nella fattispecie riguarda la prevenzione delle fratture. In Toscana nei primi dieci mesi del 2015 sono stati trattati ben 229.807 pazienti con preparati a base di colecalciferolo (nel 2014 erano stati 196.000), senza però riuscire a capire se si è trattato sempre e comunque di casi di prevenzione con annessa nota 79 oppure di ipovitaminosi di qualche natura. Qualche dubbio circa l'appropriatezza di tutte queste prescrizioni onestamente potrebbe anche sorgere, visto che stiamo parlando di cifre intorno ai cinque milioni e mezzo di euro tra acquisti in farmacia da parte dei pazienti, valore netto dei farmaci e distribuzione diretta attraverso le strutture aziendali. In sostanza, a parte quelli in prevenzione per l'evento fratturativo, chi sono tutti gli altri di quei 229.807 che nei primi mesi del 2015 hanno ricevuto almeno una confezione di vitamina D?

TOSCANA MEDICA – Come si concilia il fatto che oggi la vitamina D, considerata a tutti gli effetti un integratore alimentare, possa però trovarsi anche come farmaco in classe A?

NUTI – La vitamina D come ben sappiamo ormai da molti anni è un ormone e secondo me non è assolutamente corretto considerarla un integratore alimentare. Non per niente la carenza prolungata di questa vitamina provoca nell'adulto l'osteomalacia e nel bambino il rachitismo, fortunatamente nel nostro Paese scomparso da molto tempo. Altra considerazione: la mancanza di vitamina causa iperparatiroidismo secondario, condizione responsabile di un alto numero di fratture ossee. Basterebbero queste due osservazioni per spiegare come la vitamina D debba essere assolutamente considerata un farmaco da posizionare correttamente in fascia A e non certo una sostanza da somministrare per mezzo di integratori alimentari.

ANTONIO PANTI

Vitamina D, l'ormone dell'osso

Come si sa la vitamina D è in realtà un ormone la cui sintesi avviene a partire dal colecalciferolo, attraverso la cute, sintesi questa che diminuisce con l'età, particolarmente nelle donne. Studi recenti però danno valori significativamente alti di ipovitaminosi anche nei giovani per quanto, ovviamente, i valori più bassi si trovino nella post menopausa, nella terza età e nei soggetti affetti da particolari patologie. È un deficit più diffuso di quanto si creda e la sua definizione diagnostica mediante il dosaggio rappresenta un problema di non facile soluzione perché, particolarmente dopo i 65 anni, forse si spende meno a trattare per prevenire piuttosto che effettuare un dosaggio indiscriminato.

Le ragioni per cui questo quadro di ipovitaminosi sembra più diffuso oggi risiedono sia nel dato concreto che il dosaggio nel sangue è assolutamente più affidabile sia in alcune questioni di ordine generale. Oggi si vive più al chiuso, connessi via computer, si fa meno esercizio fisico e l'esposizione al sole è sempre meno di moda e spesso ci si protegge fin troppo. È proprio il sole e l'aria aperta che favoriscono la sintesi della vitamina D, che è contenuta anche in alcuni alimenti: pesce, uova, formaggio, per quanto l'alimentazione media del nostro Paese sia tranquillizzante. Tuttavia per mantenere un equilibrio fisiologico bisognerebbe introdurre almeno 800 Unità Internazionali di vitamina D al giorno, cosa che non sempre è raggiungibile ed ecco perché si interviene in prevenzione sia nei bambini molto piccoli, nel primo anno o meglio fino al quarto, o oltre il sessantacinquesimo anno o nelle donne in menopausa.

Questa somministrazione è preventiva a rischi fratturativi da cadute. Ovviamente la vitamina D può essere somministrata in prevenzione secondaria o terziaria nei rifratturati, da sola nei soggetti ad alto rischio, sempre insieme ai farmaci antifratturativi. I nostri esperti hanno discusso a lungo sul rapporto

tra dosaggio e somministrazione, nell'insieme valutando le decisioni della Regione Toscana come corrette ma suscettibili di grandi miglioramenti nell'utilizzo in prevenzione e, più che altro, nel trattamento. Infatti dovendosi abbandonare la somministrazione in bolo perché controproducente, resta da definire il dosaggio e la periodicità dell'assunzione per ottenere i migliori risultati e la migliore compliance. L'orientamento generale è verso la somministrazione settimanale per un dosaggio che corrisponda a circa 800 unità al giorno. Ovviamente bisognerà tener conto dei farmaci assunti, del malassorbimento e dei fattori che possono modificare il ciclo biologico di questo ormone.

L'aumentato utilizzo della vitamina D dovuto alla maggior consapevolezza dei medici di questa situazione va affrontato anche dal punto di vista dei costi, nella cui valutazione complessiva entrano anche le problematiche umane e sociali delle rifratture. In conclusione, sulla base di una definizione precisa del target, il rapporto costo/benefici è favorevole all'uso di questo farmaco che non può essere sostituito da integratori alimentari. I compiti del medico generale in questa vicenda riguardano l'intervento preventivo di popolazione, il miglioramento della compliance dei pazienti, l'eventuale trattamento giornaliero in situazioni ad alto rischio e, insieme agli specialisti e all'autorità sanitaria, la partecipazione a campagne informative, che specificano esattamente il ruolo di questo ormone e la necessaria attenzione all'invecchiamento dell'osso.

I nostri esperti hanno particolarmente insistito sul fatto che, come spesso accade, in Italia vi siano numerosi ostacoli burocratici ad un corretto uso dei farmaci. In questo caso le note AIFA non consentono al medico di famiglia un approccio terapeutico completo a queste problematiche, che, in una più moderna organizzazione sanitaria, devono essere superate.

Si ringrazia **ABIOPEN PHARMA S.p.A.**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione



Rocco Mediati, Direttore
SOD Cure Palliative e
Terapia del Dolore - AOUCareggi Firenze.

R. MEDIATI¹, E. BONICOLINI², R. VELLUCCI¹, A. BUSSOTTI³, A.R. DE GAUDIO⁴

La terapia del dolore con opioidi e la gestione dei rischi

Identificare i rischi e impostare la terapia più adeguata

Per impostare una corretta terapia del dolore con analgesici oppiacei è necessario identificare i pazienti con storia di dipendenza o con caratteristiche personali che costituiscono fattori di rischio di sviluppare dipendenza psicologica (*addiction*).

Diverse sono le pubblicazioni che raccomandano un approccio valutativo sistematico del rischio di *addiction* da opioidi, in particolare prima di iniziare un trattamento in pazienti affetti da dolore cronico non oncologico. In questi ultimi la terapia ha come scopo il recupero funzionale ed il ritorno, nel più breve tempo possibile, alle normali attività quotidiane.

In uno "special report" della FDA statunitense pubblicato nel 2006 si affronta il problema prevedendo per il futuro non impedimenti all'utilizzo degli opioidi ma un approccio proattivo al loro utilizzo.

In tutte le fasi del trattamento (*screening*, prescrizione, monitoraggio, rivalutazione) l'aspetto comunicativo medico-paziente rappresenta il denominatore comune per ridurre il rischio della diversione, del misuso e dell'abuso. Altrettanto importante è informare delle conseguenze giuridiche di una scorretta gestione dei farmaci senza apparire punitivi. Il medico deve informare il paziente riguardo gli effetti terapeutici e collaterali che la terapia potrà determinare, cercando di coinvolgerlo e responsabilizzarlo. A tal proposito possono essere utili *counseling* motivazionali e l'elaborazione anticipata di un piano terapeutico da condividere con la persona ammalata, i suoi *caregivers* ed il medico di famiglia.

Molti autori si sono chiesti se sia possibile prevedere lo sviluppo di "*opioids addiction*" e stratificare i pazienti in diverse categorie di rischio grazie ad appositi strumenti di screening.

A questo scopo sono stati elaborati dei questionari valutativi, che analizzando diversi aspetti della personalità del paziente, si prefissano di dare al medico un'indicazione

sull'entità del rischio di abuso. Lo scopo prevalente è di impostare una terapia personalizzata, considerando anche farmaci o tecniche non farmacologiche alternative agli opioidi. Al momento, però, nessuno di questi test è stato completamente validato.

In Italia Claudio Leonardi, Responsabile di un SERT a Roma, in collaborazione con la SIAARTI, società che riunisce il maggior numero di anestesiologi in Italia e con **PINHUB – Pain Interregional Network Hub**, gruppo di ricerca che riunisce buona parte dei Centri HUB di Terapia del Dolore in Italia, ha elaborato un questionario ad hoc, che verrà validato e utilizzato in molti centri di terapia del dolore su tutto il territorio nazionale. (Figura 1)

Lo strumento, consiste in un questionario di circa 20 domande che valutano le patologie e la personalità dei pazienti, indagando l'anamnesi, la presenza di sindromi ansioso-depressive o di disturbo di personalità, l'esistenza di un eventuale stress psicologico, di dipendenza sessuale, di iperattività patologica, di ludopatia e la capacità del paziente di aderire alle prescrizioni del medico.

Le gravi psicopatologie (ansia e depressione) e una storia di tossicodipendenza sono generalmente ostative a una prescrizione di opioidi non controllata poiché ad alto rischio di abuso e overdose. In questi casi il paziente dovrebbe essere indirizzato ad uno specialista, così come i pazienti tossicodipendenti attivi. Pazienti a basso (senza patologie psichiatriche e senza elementi indicativi di rischio d'abuso) e medio rischio (lievi patologie psichiatriche e/o anamnesi patologica remota positiva per tossicodipendenza) possono essere seguiti dal medico di medicina generale che nel secondo caso verrebbe coadiuvato dal medico specialista.

Il monitoraggio dell'aderenza alla terapia prescritta, è un altro importante aspetto da considerare. Maggiore è il rischio individuato con i test di screening e più stretto e attento

¹ SOD Cure Palliative e
Terapia del Dolore - AOUCareggi Firenze

² Scuola di
Specializzazione in
Anestesia e Rianimazione
– Università degli Studi di
Firenze

³ Agenzia di Continuità
Assistenziale – AOUCareggi Firenze

⁴ Anestesia e
Rianimazione -
Dipartimento Scienze
della Salute – Università
degli Studi di Firenze

N.	Questionnaire	Yes	No			
1	I'm / I smoked in my life for more than six months continuously					
2	I take an alcoholic drink every day before meals or a digestive after meals					
3	I use / I have used drugs to treat anxiety and depression					
4	My parents, brothers or sisters have had the need to take drugs for the treatment of anxiety and depression					
5	I use / have used drugs in my life for more than six months continuously					
6	In my family there were problems with drugs or alcohol					
		Strongly agree	Quite agree	Neither agree nor disagree	Quite disagree	Strongly disagree
7	I spend more time than I should every day in front of the PC, smartphone or console not for work					
8	I always run the risk of taking penalties / fines in my life					
9	Because of my behavior I changed school several times					
10	I often try the luck					
11	The drugs can not help me heal my pain					
12	I've always been considered a troubled student by teachers					
13	I can always control my anger					
14	Everybody hates me					
15	I often like to look for exciting experiences					
16	I always want to exceed the limit					
17	When I wake up, I immediately desire to smoke					
18	I have been criticized for the way I drink					
19	I have a satisfying sex life					
20	After all sexual relations, although satisfactory, I feel the need to have others in a short time					
21	I have a lot of trust into myself					
22	During this time I have problems at work					
23	During this time I have problems in the family					
24	I sleep soundly					
25	I feel depressed					
26	I feel I have the resources to deal with the difficulties of life					
27	When I feel the desire for something, I do everything to achieve it					
28	I follow closely the requirements of the doctor					

Addiction risk questionnaire. Rapid Indicators of Suspected Vulnerability to Addiction in patients with chronic pain (RISVA), b Claudio Leonardi, MD.

Figura 1 Tratto da *Opioid risk addiction in the management of chronic pain in primary care European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2015; 19: 4898-4905.*

dovrà essere il monitoraggio da parte del medico prescrittore. Savage e altri nel 1999 hanno individuato degli indicatori di trattamento inadeguato del dolore/incipiente problematica oppioide-correlata (*yellow flags*) o indicatori di problemi di *addiction* e *misuse* attivi (*red flags*) che sono riportati in Tabella 1.

È bene tenere presenti questi indicatori durante il *follow-up* dei pazienti in trattamento con analgesici oppioidi. Nel caso di individuazione di un rischio, si dovrà valutare la possibilità di modificare la terapia riducendo il dosaggio di questi analgesici o sostituendoli con altri farmaci o presidi. Di contro non bisogna dimenticare che in persone affette da dolore cronico l'effetto gratificante della stimolazione dei recettori oppioidi è nettamente ridotto (Niikura e coll. 2010).

Un altro evento che può verificarsi con una certa frequenza in pazienti dipendenti da diverse sostanze è l'inadeguato controllo del dolore, in questo caso il rischio è di

considerare "tossicodipendente" un paziente che richiede ulteriori farmaci perché ha ancora dolore (*pseudoaddiction*), la conseguenza può essere un difetto di comunicazione che rischia di minare gravemente il rapporto medico-paziente.

Gli approcci ai casi di scarso controllo del dolore sono molteplici: modifica della terapia con oppioidi (rotazione della via di somministrazione, del principio attivo o associazione di più oppioidi), associazione di farmaci analgesici non oppioidi (FANS) o adiuvanti (antiepilettici, antidepressivi, steroidi, ecc.), attuazione di tecniche neuromodulatorie elettriche o farmacologiche, attuazione di tecniche neurolesive, trattamenti non farmacologici con le medicine complementari, terapia cognitivo-comportamentale e fisicoriparativa. Tutte queste tecniche devono essere considerate anche per i pazienti tossicodipendenti attivi.

Da queste poche righe si capisce come la

RED FLAGS	YELLOW FLAGS
Contraffazione della prescrizione Rubare farmaci da altri Vendere la prescrizione di farmaci Ottenere la prescrizione di farmaci da personale non medico Iniezione di formulazioni orali Concomitante abuso di alcol o sostanze illecite Escalation di dosi multiple o altri atteggiamenti di scarsa compliance alla terapia Episodi molteplici di "perdita" della prescrizione Richiedere ripetutamente le prescrizioni da altri medici senza informare il medico responsabile del piano di cura Evidenza di deterioramento delle proprie capacità sul posto di lavoro, in famiglia, o nella società Resistenza ripetuta alle modifiche terapeutiche nonostante l'evidenza di effetti collaterali fisici o psico-sociali dal farmaco	Comportamento aggressivo sulla necessità di più farmaci Accumulo del farmaco durante i periodi in cui i sintomi sono ridotti Richiesta di farmaci specifici Acquisizione di farmaci simili da altri medici Escalation della dose senza prescrizione o altri comportamenti di scarsa compliance al trattamento Riferimento di effetti psichici non riscontrati dal medico Atteggiamento di resistenza nei confronti di modifiche terapeutiche associate ad effetti collaterali tollerabili per l'ansia di avere il ritorno della sintomatologia severa

Tabella 1

terapia del dolore sia una sfida per il medico, che oltre a fare diagnosi riguardo la natura e le caratteristiche della sintomatologia, deve impostare una terapia analgesica personalizzata basandosi su principi scientifici ma anche su una dimensione etica e compassionevole

che non può essere influenzata da stereotipi e pregiudizi.

TM

Info: mediatir@aou-careggi.toscana.it



Carlo Manfredi, specialista in farmacologia clinica e in pediatria, medico di medicina generale, Presidente Ordine Medici Massa Carrara. Già Presidente sottocommissione per la sperimentazione clinica del CEL ASL 1 e membro della CTR Regione Toscana

CARLO MANFREDI

Il riesame dello studio 329 su paroxetina in bambini e adolescenti

Le conoscenze scientifiche sono indispensabili per prendere decisioni cliniche e assistenziali. Peccato che sia pubblicata solo la metà circa di tutti gli studi clinici e che una parte dei risultati sia omessa per nascondere eventi avversi, esiti negativi o risultati non desiderati. La mancata pubblicazione o la pubblicazione selettiva dei risultati è alla base dell'iniziativa RIAT (*Restoring Invisible and Abandoned Trials*) lanciata dal *British Medical Journal* e da *PLoS Medicine* nel 2013. L'iniziativa si propone non solo di "riesumare" gli studi non pubblicati, ma anche di analizza-

re in modo rigoroso e critico i trial clinici la cui pubblicazione potrebbe essere stata incompleta e l'interpretazione non del tutto corretta, a causa di imperfezioni, inesattezze o manipolazioni dei dati, e di rendere note le conclusioni del loro lavoro.

La paroxetina era stata proposta nel 2001 per la sua efficacia e tollerabilità anche per il trattamento della depressione negli adolescenti in base alle conclusioni dello studio 329 sponsorizzato dalla SKB, ora denominata GlaxoSmithKline (GSK).

Lo studio 329, in doppio cieco e controllato con placebo, aveva coinvolto 12 centri psichiatrici nord americani e arruolato 275 adolescenti di età compresa fra 12 e 18 anni affetti da depressione maggiore da almeno 8 settimane. I partecipanti erano stati assegnati a *random* a ricevere per 8 settimane paroxetina (20-40 mg), imipramina (200-300 mg) o placebo. Secondo i risultati pubblicati, la paroxetina si è dimostrata più efficace nella depressione adolescenziale grazie alla riduzione dei punteggi della scala HAM-D a valori ≤ 8 o minori del 50% rispetto al basale e nelle valutazioni eseguite con le scale CGI e K-SADS-L. Le risposte al trattamento con imipramina non furono invece diverse dal placebo. I tassi di sospensione per la comparsa di reazioni avverse erano state del 9.7% per paroxetina e del 6.9% per il placebo. Le conclusioni dello studio a favore di efficacia e sicurezza della paroxetina nella depressione maggiore negli adolescenti hanno supportato per anni l'impiego degli antidepressivi in questa fascia d'età.

Recentemente il gruppo RIAT aveva notificato alla GSK che lo studio 329 sarebbe stato sottoposto a revisione. Il riesame è stato condotto considerando anche i dati resisi disponibili grazie alle pressioni esercitate da una parte della comunità scientifica nei confronti dell'industria farmaceutica. Il riesame RIAT dei risultati dello studio 329 è stato eseguito analizzando migliaia di pagine di dati grezzi e valutando le cartelle cliniche del campione di singoli pazienti arruolati per lo studio. I ricercatori del RIAT hanno messo in evidenza modalità scorrette per individuare i benefici o per classificare gli eventi avversi. L'ingestione di intere confezioni di antidolorifici, le azioni autolesionistiche, il gettarsi dall'alto, ad esempio, in alcuni casi, erano stati classificati come dovuti a "labilità emotiva" o come "comportamenti adolescenziali" e non come tentativi di suicidio. Le conseguenze di queste diverse classificazioni sul profilo di efficacia e di tollerabilità della paroxetina sono tali che le favorevoli conclusioni dello studio originale non

sono state confermate dalla nuova analisi. La migliore caratterizzazione di questi eventi è dirimente, alla luce del fatto che l'ideazione e i comportamenti suicidari sono fra gli effetti collaterali più noti e più temuti che compaiono nelle prime settimane di assunzione di questa classe di antidepressivi.

La revisione attuale ha preso come riferimento il protocollo originale dello studio, mentre nell'articolo del 2001 erano stati utilizzati parametri differenti da quelli previsti e non contemplati nemmeno negli emendamenti successivamente presentati. Il riesame dello studio ha mostrato che paroxetina e imipramina ad alte dosi sono inefficaci nel trattamento della depressione maggiore negli adolescenti. Anche gli effetti indesiderati sono risultati ampiamente sottostimati nel 2001. Dal riesame del RIAT è emerso un significativo aumento dei rischi, con ideazioni suicidarie nel gruppo trattato con paroxetina e problemi cardiovascolari nel gruppo imipramina. Le conclusioni dello studio che ha influenzato le scelte cliniche per quasi 15 anni, dopo il riesame rigoroso di un gruppo indipendente, sono state quasi del tutto opposte a quelle degli autori originari. La distorsione del dato scientifico è sempre in agguato quando le sue ricadute sugli interessi commerciali sono pesanti. Per prendere decisioni *evidence based* è necessario che ci siano regolamentazioni e norme legislative specificamente concepite per assicurare che i risultati di tutti gli studi clinici siano resi disponibili, insieme a tutti i dati individuali dei soggetti ammessi alla sperimentazione in modo da permettere anche una loro rivalutazione indipendente da parte di gruppi autonomi. Non è ammissibile che la letteratura scientifica, fonte imprescindibile per prendere decisioni operative, sia inquinata da manipolazioni che rischiano di mettere a repentaglio la salute dei pazienti oltre che la credibilità della scienza.

TM

Info: carlo.manfredi@motech.it

Il problema posto dal Collega Manfredi è di grandissima rilevanza. L'intreccio dei diversi interessi, sinergici o confliggenti, nella ricerca e produzione di farmaci, insieme alle obiettive difficoltà di leggere i dati mediante un modello matematico convincente sta ingenerando quasi un senso di incertezza nei medici e di diffidenza nella cittadinanza. È ormai ineludibile una riflessione dei medici su una questione così delicata nei rapporti fra scienza e società.

Antonio Panti



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. GUELFI¹, M. MANCINI²

Opportunità e criticità degli Healthcare Rating Sites

Dopo avere descritto le caratteristiche generali degli Healthcare Rating Sites (vedi *Toscana Medica* 3/2016, pag. 14), questo secondo contributo intende costituire un ausilio per il medico che si trova ad affrontare una nuova sfida proveniente dalla rete, discutendo le opportunità e le criticità derivanti dall'uso di questi siti di valutazione.

Come descritto nel precedente contributo, medici e ospedali ricevono opinioni e valutazioni su specifici siti Web, definiti Healthcare Rating Sites (HRS) che generano una classifica delle prestazioni più apprezzate. Questi siti di *rating* possono essere suddivisi in Hospital Rating Sites, quando sono dedicati esclusivamente a ospedali, e in Physician Rating Sites quando vengono presi in considerazione solo i medici. In realtà in rete i siti di *rating* sono spesso dedicati alla valutazione sia di curanti che di luoghi di cura, anche perché, lavorando molti medici sia come dipendenti di organizzazioni che come liberi professionisti, non è sempre facile scindere il loro operato.

Nonostante il passaparola rappresenti la modalità più utilizzata dai cittadini per scegliere curanti e luoghi di cura, questi servizi di valutazione online stanno acquisendo sempre maggiore importanza, imponendo agli operatori medico sanitari di considerare questo fenomeno, crescente oggetto di studio in letteratura. Gli HRS sono infatti sempre più frequentemente consultati dagli utenti per verificare la reputazione di medici e/o ospedali e quindi come strumento decisionale. Recenti indagini statistiche condotte nel panorama statunitense hanno mostrato che il 94% degli utenti considera le valutazioni online utili (Institute for Healthcare Policy, 2014) e che l'85% dei pazienti non sceglie medici avendo una scarsa valutazione (Digital Assent, 2013).

Uno studio ha dimostrato come il numero di "like" su Facebook, di followers su Twitter o di "+1" di Google+ possa rappresentare un indicatore della qualità dell'assistenza di un professionista/ospedale e della soddisfazione del paziente. La ricerca è giunta a tale conclusione dopo avere correlato le opinioni positive sulle pagine Facebook di 40 ospedali Americani con i

tassi di mortalità a 30 giorni e con le raccomandazioni dei pazienti, dimostrando una relazione inversa nel primo caso e una diretta nel secondo. Nonostante questi dati siano interessanti, non dobbiamo dimenticare che le persone che utilizzano i social media non sono uniformemente distribuite nell'intera popolazione, poiché gli anziani e i minori sono sottorappresentati tra gli utenti. Inoltre la frequenza con cui i pazienti decidono di riportare online le loro esperienze personali non è elevata. Un'indagine statistica condotta dal Pew Research Center (URL: <http://pewresearch.org/>), un istituto specializzato nel settore, ha dimostrato che il 37% degli utenti Internet ha recensito un servizio online, ma solo il 3% lo ha fatto per gli ospedali o servizi medici. Esiste quindi un basso livello di partecipazione, da cui ne consegue una scarsa rappresentatività delle esperienze.

Interessante è considerare la percentuale di medici valutati rispetto al totale. Uno studio condotto nel 2010 da RateMDs (<https://www.ratemds.com/>), un servizio di *rating online*, rileva che il 16% dei medici americani è stato recensito dai pazienti, ovvero 112.000 su un totale di circa 700.000. Nello specifico, il 27% di questi (circa 81 su 300) sono medici che operano nella città di Boston. In un altro studio si sottolinea come, su 250 medici selezionati casualmente, il 21% sono stati valutati su Healtrgrades e il 12% su RateMDs.

Per quanto riguarda invece il numero di valutazioni per ogni medico, le analisi del sito americano RateMDs mostrano come siamo passati da un indice del 2.7 nel 2009 a 3.2 nel gennaio 2010. Nello stesso anno, circa la metà dei medici su RateMDs aveva soltanto una recensione e la percentuale di quelli con 5 o più valutazioni era del 12,5%. Sul sito Heath Grades solo 3 professionisti (2%) hanno più di 5 recensioni.

Ancora, la maggior parte delle recensioni negli HRS esprimono opinioni prevalentemente positive sulle prestazioni sanitarie. Ciò è stato dimostrato da uno studio effettuato nel 2011 su circa 5.000 *rating sites* che ha evidenziato un punteggio medio di 77/100.

Discordi sono i pareri sulla necessità o meno di mantenere anonime le opinioni degli utenti. Se alcuni ritengono che l'unico modo di avere

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

²Studentessa Corso di Laurea in Teorie della Comunicazione Università di Firenze aa 2014-2015.

valutazioni imparziali da parte dei pazienti è non fornire loro un *account*, altri sostengono che lasciare un commento senza potere risalire a colui che è protagonista dell'esperienza rende impossibile una conseguente verifica di veridicità. In questo modo non è possibile risalire a recensioni negative o, al contrario, positive, rispettivamente per "screditare" o promuovere un servizio.

Riassumendo, dalle ricerche emerge uno scenario complesso e variegato: non sono molte le persone che dopo un incontro con il medico lasciano un commento nei *rating site*, con un numero di giudizi per ogni medico ancora molto scarso; inoltre la popolazione rappresentata nelle valutazioni non è uniforme e invia giudizi per lo più positivi. Nonostante questo scenario sia in evoluzione, è importante che i medici e i decisori che lavorano nelle organizzazioni sanitarie acquisiscano competenze su come sorvegliare e gestire la reputazione nei HRS e nei social media. Gli HRS rappresentano dei centri di "ascolto": in base ai *feedback* dei pazienti il medico potrebbe modificare la pratica elevando il livello della prestazione e nello stesso tempo gli amministratori degli ospedali aumentare la qualità della assistenza. Alcuni ospedali nel North Carolina rispondono correntemente ai comen-

ti negativi sui *rating sites* informando i pazienti sui correttivi effettuati per migliorare il servizio.

Questa ampia e ricca offerta di servizi di *rating* per medici e ospedali è osservata con crescente interesse da diversi punti di vista, non solo perché rappresentano un ausilio al cittadino per la scelta di curanti e luoghi di cura, ma anche per migliorare la *performance* dei servizi sanitari in base al *feedback* dei pazienti. La maggiore attenzione posta alla prospettiva e al giudizio dell'utente sulla qualità dei servizi sanitari erogati può essere utilizzata per paragonare come vengono percepiti i servizi assistenziali in differenti luoghi e regioni, contribuendo a ridurre la variabilità e scarsa omogeneità dei servizi di diagnosi e cura, le cui cause non sono sempre particolarmente evidenti. In questo senso i sistemi di *rating* potrebbero costituire uno strumento che si affianca a quelli esistenti per acquisire una maggiore conoscenza sulle modalità di erogazione dei servizi sanitari ai cittadini. Infine, utilizzare maggiormente il *feedback* dei pazienti è in linea con il rendere maggiormente trasparenti le attività di diagnosi e cura.

TM

Info: m.masoni@med.unifi.it

E. PELLEGRINO, A. ALESSANDRI¹, E. COCCHI², M. PRATESI³, E. RICCI⁴, M. GAMANNOSSI⁵,
E. SINISGALLI⁶, C. BOTTAI⁷, A. APPICCIAFUOCO⁸

Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza del Presidio Ospedaliero Santa Maria Nuova

Negli ultimi decenni le caratteristiche strutturali ed organizzative degli Ospedali sono profondamente cambiate e le continue trasformazioni assistenziali hanno influito profondamente sulla struttura edilizia e sul *design* degli ospedali, portando ad abbandonare i criteri architettonici precedenti caratterizzati da strutture rigide (grandi monoblocchi), con nette separazioni fra i diversi reparti, scarsa attenzione alle necessità del singolo paziente e forte spersonalizzazione degli ambienti, in favore di una revisione degli spazi funzio-

nale ai nuovi modelli organizzativi. All'interno di questa trasformazione il Dipartimento di Emergenza Urgenza ed Accettazione (DEA) assume una posizione preminente, come punto centrale nella relazione tra utente e struttura ospedaliera, considerando anche l'incremento progressivo degli accessi che negli anni si è registrato e che si riflette sulla quantità e qualità delle prestazioni erogate, influendo sugli indicatori di efficienza dell'organizzazione sanitaria. Tra le cause di questo incremento vi è sicuramente l'aumento della sopravvivenza in



Elettra Pellegrino, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Palermo, Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze; attualmente Dirigente Medico presso la Direzione Sanitaria del P.O. Santa Maria Nuova e del P.O. Piero Palagi.

¹ Direttore SOS Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria Nuova e P.O. Piero Palagi

² Dirigente Medico, Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria Nuova

³ Direttore SOC Medicina D'Urgenza P.O. Santa Maria Nuova

⁴ Coordinatore infermieristico DEA P.O. Santa Maria Nuova

⁵ Responsabile U.O. Assistenza Infermieristica Ospedaliera P.O. Santa Maria Nuova

⁶ Medico in formazione specialistica in Igiene e Med. Preventiva, Firenze

⁷ Segreteria Direzione Sanitaria P.O. Santa Maria Nuova

⁸ Direttore SC Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri

pazienti affetti da pluripatologie, come anche la presenza di categorie socialmente deboli che gravitano costantemente sul DEA, in assenza di efficaci alternative territoriali.

Il nuovo DEA del Presidio Ospedaliero di Santa Maria Nuova è stato inaugurato nel 2010, dopo importanti lavori di ristrutturazione, ampliamento e riorganizzazione che hanno interessato e interessano tutto l'ospedale; nel 2014 il DEA ha registrato 34.000 accessi e nel 2015 ne ha contati oltre 37.000, con un aumento del 6% degli accessi (considerando una popolazione residente nel quartiere 1 di Firenze di 67.468 abitanti a Dicembre 2015, dati dell'Ufficio Statistica del Comune); dobbiamo specificare che il bacino d'utenza è incrementato dal numero dei turisti che insistono sul centro storico della città, oltre che dai lavoratori, studenti e parte dell'utenza del quartiere 2 di Firenze. L'incremento osservato si relaziona ad un crescente bisogno del cittadino di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali; a tal fine è risultato necessario potenziare il sistema di triage infermieristico e un'accoglienza di bancone, anche per fornire all'utenza una sistematica informazione sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza.

Analizzando il processo di ristrutturazione che ha interessato l'area del DEA del Presidio, emerge che già nel 2011 con la pianificazione di alcuni dei lavori dell'Ospedale si riscontravano delle criticità, legate all'organizzazione sanitaria e alla struttura. Infatti, se da una parte è necessario salvaguardare la struttura architettonica

(rastrelliere per biciclette idonee alle caratteristiche architettoniche, protezione e mantenimento della scala monumentale all'ingresso, ristrutturazioni nel rispetto del patrimonio artistico, vincoli strutturali propri dell'edificio), dall'altra è importante un'organizzazione che permetta di lavorare in tempi brevi ed in modo efficiente. Fra le modifiche effettuate ai locali del DEA si profilava l'importanza di ambienti contigui e comunicanti, anche per i codici verdi in attesa di completamento diagnostico-terapeutico e di essere inviati al domicilio o ricovero, come di un bancone di accoglienza che fosse funzionale e adeguato alla tipologia di utenza che accede all'Ospedale.

La collocazione del bancone in ingresso, all'accoglienza immediata dell'utenza, prima di accedere al triage, svolge un ruolo fondamentale nel processo di ricezione e orientamento dell'utenza; ma soprattutto di notte, quando il bancone esterno non è attivo, e in momenti di sovraffollamento, è la postazione interna del triage il punto cruciale per il giusto indirizzamento dell'utenza e la presa in carico delle urgenze vere e proprie. A tal fine sono state apportate delle modifiche nella posizione di tale bancone, spostandolo nella zona più vicina all'ingresso al DEA in modo da permettere all'operatore una migliore visibilità della situazione in ingresso, e all'utente di avere un immediato riferimento al suo accesso.

TM

Info: elettra.pellegrino@gmail.com

LETTI PER VOI

Antropologia medica del dolore

Pierluigi Zucchi¹, Bonifacio Honings, Stefano Tarocchi
Nuova MCS Edizioni

Un tema affascinante quello affrontato in un voluminoso tomo da Pierluigi Zucchi, Bonifacio Honings e Stefano Tarocchi, con la collaborazione di un nutrito gruppo di medici e antropologi, pubblicato da Nuova MCS Edizioni, con il contributo della CEI. Dotato di una buona iconografia e di testo inglese a fronte, contiene una ottima descrizione dello stato dell'arte della fisiopatologia e della terapia dei diversi tipi di dolore che affliggono l'uomo. Tuttavia il perno filosofico del libro si fonda sulla affermazione che *"la malattia rende capace l'uomo di adempiere la missione che Dio gli ha affidato"*, che *"nel verificarsi della malattia esiste uno stretto rapporto tra comportamento etico e patologia"*, che *"il dolore fisico e la sofferenza morale portano l'uomo a avvicinarsi alla dimensione spirituale e quindi alla conoscenza di Dio e questa alla fede."* Vi è insomma una doppia via del dolore, una biologica, trattabile con farmaci, e una spirituale, che nasce dalle connessioni neuronali che spiegano sia l'influenza positiva della preghiera sul dolore che la interruzione del rapporto tra uomo e Dio quale patogenesi della percezione dolorosa. La trascendenza sembrerebbe il fondamento della resilienza nonché del legame tra peccato originale e algopatologia. Una formula che riguarda anche gli agnostici e, in effetti, ogni meditazione sulla vita rafforza il coping. Qualche sorpresa provoca queste tesi apparse oltre due secoli dopo la pubblicazione dei *"prolegomeni a ogni futura metafisica..."*. Una visione che confina col panteismo, Deus sive natura. Gli autori descrivono anche una ricerca tesa a dimostrare che la preghiera dà risultati migliori del placebo, senza pretendere che sia inserita nei LEA. Insomma un tentativo di mettere insieme teologia e neuroscienze in cui la fede prevale sulla scienza, meglio i paradigmi della prima su quelli della seconda. Ma la scienza si fonda sul rifiuto che qualsiasi problema possa essere risolto ricorrendo alla fede quale *"argomento delle non parventi"*.

Antonio Panti

C. APREA², I. ARAGONA¹, S. BERTELLONI³, F. CIPRIANI⁴, D. NUVOLONE⁴, S. PIERONI¹, G. SCIARRA²

Biomonitoraggio umano della contaminazione da Tallio dell'acqua potabile a Pietrasanta

Progetto Regione Toscana/Azienda ASL12 Versilia: Risultati Preliminari

INTRODUZIONE

Il Tallio (Tl: numero atomico 81; peso atomico 204,38) è un metallo pesante ampiamente distribuito a basse concentrazioni nella crosta terrestre (circa 1 g/tonnellata). Si presenta invece in alte concentrazioni in alcuni minerali, come galena, sfalerite e pirite (23-1300 mg/kg). Le principali fonti di polluzione ambientale sono rappresentate dall'acqua (pozzi e sorgenti, acque superficiali, acque ad uso potabile non controllate in prossimità di siti minerari) e dal suolo, da cui può essere concentrato in alcuni vegetali ad uso alimentare (cavoli, rape, etc.). In alcune situazioni ambientali anche l'aria può essere fonte di inquinamento. Elevati livelli di piogge e alte temperature ambientali possono favorire il passaggio del Tl nelle acque.

Il Tl è tossico per gli organismi animali, uomo compreso, probabilmente attraverso alcuni meccanismi biologici (capacità di sostituirsi a sodio e potassio, alterandone le funzioni; interazione con alcune strutture delle proteine (gruppi tiolici); alterazione dei processi dello stress ossidativo); è inoltre difficilmente individuabile poiché inodore e incolore. La principale fonte di assorbimento è quella intestinale e una volta ingerito viene in pratica totalmente e rapidamente assorbito. Nell'uomo, l'escrezione avviene principalmente per via renale (circa 70%). Altre fonti di eliminazione sono rappresentate dalla deposizione nei capelli e nelle unghie e dalla secrezione in latte, sudore, saliva e lacrime.

Data la sua tossicità, il Tl può provocare forme di *intossicazione acuta*, caratterizzate da un grave corteo sintomatologico a carico di vari organi e apparati (disturbi gastro-intestinali: dolori addominali intensi, nausea, vomito, diarrea sanguinolenta, necrosi epatica; problemi cardiaci: ipotensione e bradicardia, seguite da ipertensione e tachicardia, necrosi miocardica, aritmie,

infarto; alterazioni neurologiche: neuropatie del sistema nervoso periferico, paralisi ascendente, arresto respiratorio; disturbi renali e dermatologici, come perdita dei capelli e presenza di strie ungueali), che può provocare la morte (dose letale nell'adulto 10-15 mg/kg). Più raramente sono riportate forme di *intossicazione cronica*, che usualmente avvengono per esposizione lavorativa (es. cementifici) e per contaminazione di acqua o suolo da parte di residui di lavorazione di alcuni tipi di miniera. Gli effetti a lungo termine sulla salute dell'esposizione cronica a bassi livello di Tl sono poco conosciuti e pochissimi sono gli studi epidemiologici sugli effetti sanitari nell'uomo in seguito a esposizione accidentale cronica.

Sebbene una contaminazione delle fonti di approvvigionamento idrico rappresenti una modalità di esposizione della popolazione umana, il Tl non rientra nei parametri di controllo per la potabilità delle acque per la sua rarità in natura.

Nel 2014, si è verificato il riscontro occasionale di livelli di Tl superiori al limite massimo indicato dalle autorità statunitensi (Environmental Protection Agency o EPA) pari 2 µg/l in alcune aree dell'acquedotto idrico del comune di Pietrasanta (LU), a cui è conseguito il divieto di utilizzo dell'acqua potabile per uso alimentare in tali aree.

Per verificare l'entità dell'esposizione negli abitanti e gli eventuali effetti sanitari, è stato organizzato uno studio epidemiologico condiviso tra Regione Toscana e l'Azienda USL 12 Versilia (D.G.R.T. n. 1259 del 22/12/2014). Tale studio, che ha coinvolto un gruppo di lavoro multidisciplinare, prevede un protocollo di indagine suddiviso in tre fasi che hanno l'obiettivo di valutare la percentuale di abitanti contaminati da Tl, il livello di contaminazione e gli eventuali effetti sullo stato di salute di bambini, adolescenti e adulti.

Maria Cristina Aprea
Laureata con lode in CTF. Responsabile UO Tossicologia Occupazionale e Ambientale, AUSL 7 Siena. Igienista Industriale Certificato. Autrice di 250 articoli (riconoscimento Journal Chromatography per "Biological monitoring of pesticide exposure: a review of analytical methods" come Top Cited Article Award 2001-2006). Docente Università di Siena. Membro ACGIH, Vicepresidente AIDII e Presidente SIVR.

¹ Dipartimento di Prevenzione - Azienda USL 12 Versilia

² Laboratorio di Sanità Pubblica, Area Vasta Toscana Sud Est (Azienda USL 7 di Siena)

³ Sezione Medicina dell'Adolescenza, UO Pediatria Universitaria, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa

⁴ Agenzia Regionale Sanità, Regione Toscana

In questo lavoro vengono riportati i dati preliminari sulla contaminazione da Tl degli abitanti delle aree interessate.

METODI

Entro 2 settimane dall'emissione delle ordinanze comunali di divieto di utilizzo dell'acqua potabile contaminata da Tl per uso alimentare, è stata realizzata una campagna di biomonitoraggio umano, in parte su base spontanea, mediante raccolta di urine nella popolazione interessata (campionamento A). L'86% dei soggetti interessati ha poi ripetuto il campionamento a circa 2 mesi di distanza dalla cessazione dell'esposizione (campionamento B). A questi si è aggiunta un'ulteriore quota di campioni, che non avevano partecipato alla prima fase di raccolta.

I livelli urinari di Tl sono stati determinati con metodo ICP/MS nel Laboratorio di Sanità Pubblica, Area Vasta Toscana Sud Est (Azienda USL 7 di Siena) con metodologia accreditata ACCREDIA. Come range di riferimento per la popolazione generale è stato utilizzato quello della Società Italiana Valori di Riferimento (SIVR: 0,05 - 0,5 $\mu\text{g/l}$).

RISULTATI

Nel campionamento A, sono stati esaminati 637 soggetti (età 2 – 101 anni; maschi 45%) pari a circa il 23% degli abitanti dell'area contaminata. I livelli urinari di Tl sono risultati pari a 0.42 $\mu\text{g/l}$ (media geometrica; min-max: 0.005-8.96 $\mu\text{g/l}$). Nel campionamento B ($n = 700$; maschi 44%), eseguito dopo la cessata esposizione al Tl, è stata rilevata una significativa (p

< 0.001) riduzione dei valori urinari del metallo (media geometrica 0.29 $\mu\text{g/l}$; min-max: 0.005-5.44 $\mu\text{g/l}$).

Nel campionamento A, il 42,5% dei soggetti presentava concentrazioni di Tl maggiori a 0.5 $\mu\text{g/l}$ (95° percentile dei valori di Tl nella popolazione generale; SIVR 2011); tale percentuale si è più che dimezzata nel campionamento B (soggetti con talluria $> 0.5 \mu\text{g/l}$: 20,9%). Considerando solo i soggetti con livelli di Tl urinario nel campione B superiori a 0.5 $\mu\text{g/l}$ e tenendo conto della diluizione del campione e dell'incertezza di misura analitica, in 30 persone (4,8%) si è rilevato un incremento dei valori di Tl nelle urine nel secondo campionamento rispetto al primo (Figura 1).

Non sono state rilevate differenze significative in rapporto all'età dei soggetti esaminati in ambedue i campionamenti, seppure i dati nei bambini sembrano tendenzialmente inferiori di quelli di adulti e adolescenti. Analoga situazione è stata rilevata nel confronto tra maschi e femmine con dati leggermente superiori nei maschi, mentre sono stati trovati livelli urinari significativamente più elevati di Tl negli abitanti delle aree con maggiore concentrazioni di Tl nell'acqua potabile (Figura 2).

CONCLUSIONI

La contaminazione dei sistemi idrici con Tl è una condizione estremamente rara. A Pietrasanta la problematica si è verificata per la presenza di elevati livelli del metallo in una delle sorgenti captate nel sistema di distribuzione dell'acqua probabilmente contaminata dai residui

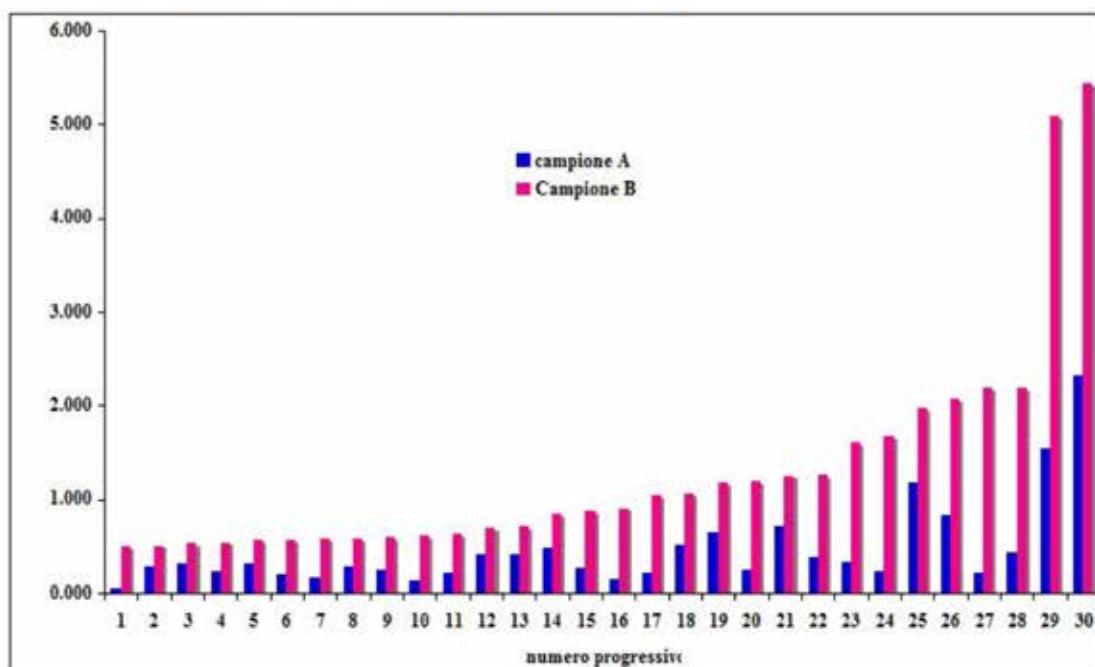


Figura 1 - Concentrazione unitaria di Tallio nei soggetti per i quali il campione B risultava superiore al valore di riferimento di 0,5 $\mu\text{g/l}$ e al campione A, tenendo conto della diluizione dei campioni e dell'incertezza di misura del metodo di analisi.

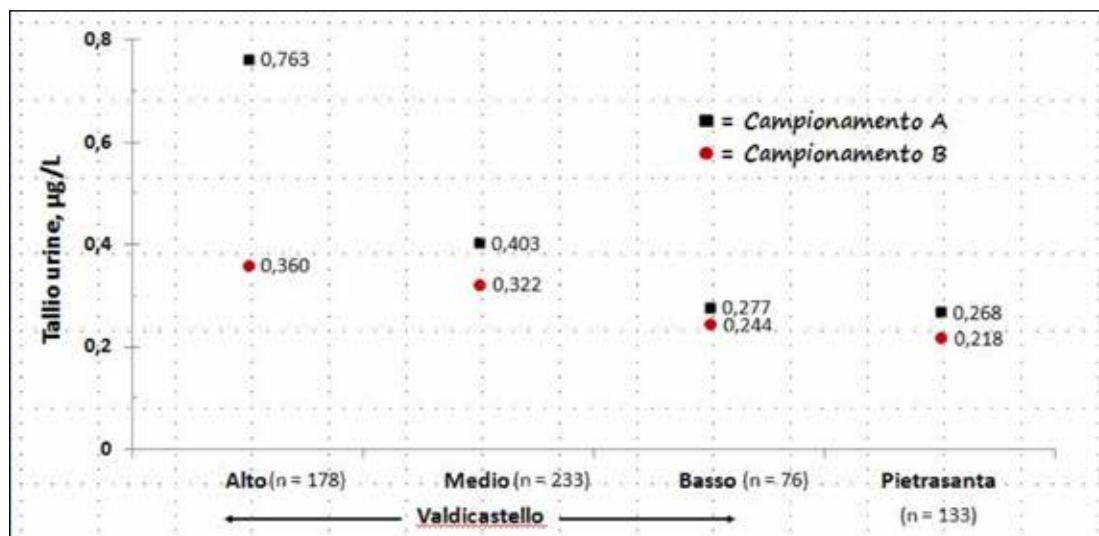


Figura 2 - Concentrazione unitaria di Th negli abitanti di Valdicastello e Pietrasanta (media geometrica) suddivisi in rapporto della residenza alla vicinanza con la sorgente inquinata e ai due campionamenti.

di una vecchia miniera della zona ormai in disuso.

Una situazione analoga a quella emersa a Pietrasanta è presente in una piccola area rurale della Cina, ma con più elevati livelli di contaminazione ambientale e maggiore durata dell'esposizione della popolazione documentata nel corso degli anni. Non sono invece noti i livelli di Th nella rete idrica di Pietrasanta prima del 2011.

L'esposizione al Th è stata valutata tramite dosaggio su urine, in quanto le concentrazioni urinarie sono ritenute il "gold standard" per tale metallo (US-EPA, 2009). I livelli ematici non sono considerati del tutto affidabili soprattutto per basse dosi. Per quanto riguarda altre matrici biologiche in cui il metallo viene accumulato, un recente lavoro riporta che i capelli non sembrano essere utilizzabili con sicurezza per tracciare la contaminazione da Th nell'uomo (Curkovic et al, 2013), ma tale conclusione dovrà essere verificata in ulteriori studi su casistiche con maggiore numerosità.

In ambedue i campionamenti esaminati, sono stati rilevati valori urinari di Th mediamente superiori a quelli di riferimento, ma nettamente inferiori a quelli rilevati nella popolazione cinese contaminata da tale metallo (media 521.9 µg/l; 95% CI 203.3 - 840.5 µg/l). Tale differenza può derivare da una minore contaminazione della falda acquifera, e forse, anche di altre possibili fonti di esposizione (ad. es. vegetali coltivati su suoli contaminati con Th) o minori periodi di contaminazione/esposizione; al momento queste ipotesi necessitano di conferme sulla base di studi geologici e agro-biologici attualmente in corso. Rimangono da meglio definire le cause dell'incremento di Th nel secondo campionamento in una minoranza di soggetti, al

momento non facilmente spiegabile. Rimane anche da approfondire il minor livello di talluria nei bambini rispetto agli adulti, che non trova supporto in letteratura ma potrebbe essere dovuto a un minor consumo di acqua del rubinetto nei soggetti più piccoli, mentre si conferma la già descritta maggiore escrezione nei maschi rispetto alle femmine (US-NHANES 1999-2002).

Indicazioni internazionali (OMS/IPCS 1996, US-EPA, 2009;) suggeriscono che approssimativamente un incremento maggiore a 15 volte i valori medi dei soggetti non esposti (in Italia circa 1.5 µg/l considerando una media geometrica di 0.1 µg/l indicata dalla SIVR) possono essere associati con possibili effetti negativi sulla salute. È stato inoltre riportato che solo valori urinari maggiori a 5 µg/l siano in grado di determinare effetti sanitari avversi (OMS/IPCS 1996, German Human Biomonitoring Kommission, 2011). Nella maggioranza dei soggetti esaminati in questa fase preliminare non sono state pertanto riscontrate concentrazioni urinarie di Th sicuramente influenti sullo stato di salute. La rarità di studi sul Th impone comunque la massima cautela (U.S. Environmental Protection Agency, 2009) e un accurato follow-up a lungo termine degli abitanti dell'area interessata all'esposizione risulterà fondamentale per rilevare eventuali e specifiche problematiche di salute in particolare nelle persone con valori superiori a 5 µg/l.

Lo studio epidemiologico voluto dalla Regione Toscana a Pietrasanta potrà pertanto fornire un contributo innovativo sulle conoscenze degli effetti sanitari di esposizioni croniche a basse concentrazioni di Th.

TM

Info: c.aprea@usl7.toscana.it



Andrea Martini, laureato in statistica, lavora presso SS Epidemiologia Ambientale-Occupazionale dell'ISPO di Firenze. In particolare si occupa da anni della gestione ed elaborazione dei dati di mortalità del Registro Regionale toscano.

A. MARTINI, E. CHELLINI, L. GIOVANNETTI, C. LOMBARDI

I nuovi dati 2011-2012 della mortalità in Toscana

S.S. Epidemiologia Ambientale-Occupazionale, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

Nel 2011 e 2012 il Registro di Mortalità Regionale toscano (RMR) ha registrato rispettivamente 41.659 e 43.126 decessi tra i residenti in Toscana. L'aumento del numero dei decessi nel 2012 è confermato dall'aumento dei tassi grezzi di mortalità generale e anche se si depura per l'effetto dell'invecchiamento della popolazione (tassi standardizzati per età) il costante decremento della mortalità, registrato dal 1987, anno di avvio del RMR, sembra arrestarsi. Il fenomeno si ripercuote sulla speranza di vita alla nascita che pure subisce un arresto attestandosi a 80,3 anni negli uomini e a 84,9 nelle donne toscane. Bisogna tuttavia considerare che la nostra regione presenta valori di speranza di vita alla nascita superiori a quelli italiani e che, a sua volta, l'Italia risulta tra i Paesi europei seconda dopo la Svezia per i maschi e terza per femmine dietro a Spagna e Francia.

Anche il trend in riduzione della mortalità cosiddetta prematura, perché avviene prima dei 65 anni, sembra aver cambiato direzione nell'ultimo biennio per i maschi ma non per le femmine: gli anni di vita persi prima dei 65 anni aumentano tra gli uomini (da 33.110 nel 2011 a 33.523 nel 2012) e diminuiscono nelle donne (da 19.865 nel 2011 a 19.098 nel 2012).

La popolazione toscana, come peraltro la popolazione italiana, sta invecchiando, cioè ha il privilegio di poter vivere a lungo e di morire in tarda età (37.102 donne e 20.703 uomini sono morti dopo gli 85 anni nel 2012, cioè il 56 ed il 34% rispettivamente). La mortalità rispecchia questo fenomeno presentando tassi elevati per malattie cronico-degenerative. Il numero dei decessi per tumore ha già superato quello per malattie del sistema circolatorio dal 2004 nei soli uomini, mentre il sorpasso tra i due tassi standardizzati è evidente in ambedue i sessi (sempre dal 2004 negli uomini e dal 2012 nelle donne) (Figura 1). In generale gli andamenti per le varie cause di morte sono in riduzione ad eccezione delle malattie del sistema nervoso, per le quali pesa lo spostamento della demenza di Alzheimer dal gruppo dei Disturbi psichici con la nuova classificazione ICD-10 dal 2010.

Nelle donne desta preoccupazione il continuo aumento dei decessi per tumore del polmone, da ricondurre agli incrementi osservati nell'abitudine al fumo tra le donne, che dal 2009 è la seconda causa tumorale dopo il tumore della mammella ed è probabile che diventi in futuro la prima causa tumorale in questo sesso come

Tumore quale causa di morte	Maschi			Femmine		
	Rank*	N.	Tasso standardizzato per 100.000	Rank*	N.	Tasso standardizzato per 100.000
T. mammella	-	-	-	1	708	18.8
T. del polmone	1	1699	52.5	2	632	16.4
T. intestino	2	810	23.7	3	762	15.2
T. fegato	3	445	14.3	5	329	6.6
T. stomaco	4	467	13.3	6	333	6.2
T. prostata	5	500	12.6	-	-	-
T. pancreas	6	364	11.6	4	377	8.1

* ranking sui tassi standardizzati

Tabella 1 – Rango, numero assoluto e tasso standardizzato (standard popolazione europea) di mortalità per 100.000 delle prime 6 cause di morte per tumore nei toscani nel 2012

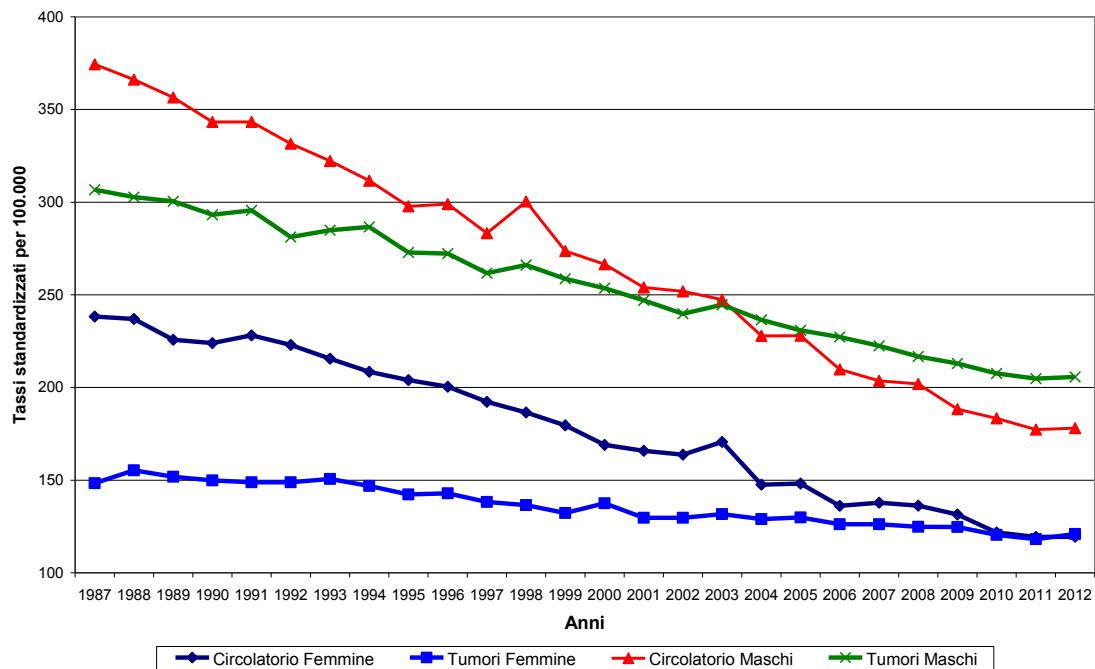


Figura 1 – Andamento della mortalità per tumori e per malattie del sistema circolatorio nei due sessi. Toscana per sesso. Anni 1987-2012.

è già accaduto negli Stati Uniti d'America nel 2002 (Tabella 1).

Negli uomini a destare preoccupazione è il tasso di mortalità per suicidio per il quale si osserva un trend in leggero rialzo ed ha scavalcato nel 2012 quello per incidenti stradali che al contrario continua a diminuire grazie agli interventi di contrasto che sono stati attivati negli ultimi anni.

Una buona notizia ci viene dalla mortalità infantile: torna a scendere dopo il rialzo del 2010 e scende anche la mortalità infantile dei bambini nati da immigrati anche se il divario tra questi e i bambini nati da italiani rimane pressoché costante. Al riguardo ricordiamo che il tasso di mortalità infantile toscano è al di sotto di quello italiano e risulta uno dei più bassi al mondo.

Questi dati derivano da un lavoro di raccolta, registrazione ed elaborazione dei dati riportati sulla scheda ISTAT di morte che viene compilata dai medici certificatori (curante o necroscopo) per quanto riguarda la parte sanitaria e dagli ufficiali di stato civile dei Comuni in cui avvengono i decessi per quanto riguarda la parte anagrafica. La scheda è composta da due copie calcanti che definiscono i due flussi esistenti a livello nazionale secondo il DPR 285/90: la prima copia va a implementare il flusso con finalità statistiche gestito da ISTAT, mentre la seconda implementa il flusso con finalità amministrativo-sanitarie gestito dalle ASL (Figura 2). Il Registro di Mortalità Regionale, istituito presso ISPO dalla Regione Toscana, di certo con le ASL toscane raccoglie i dati di questo secondo flusso dal 1987, ma si avvale anche delle informazioni dell'altro flusso. Da una parte pro-

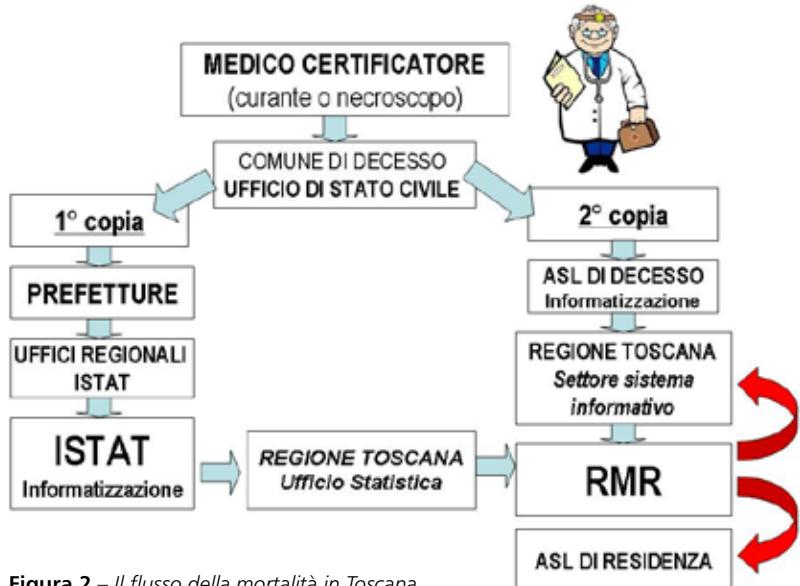


Figura 2 – Il flusso della mortalità in Toscana.

duce dati con le codifiche ufficiali delle cause di morte prodotte da ISTAT e sempre da ISTAT riceve le informazioni complete sui toscani deceduti in altre regioni italiane che nel 2011 e 2012 sono stati rispettivamente 739 e 680. Nel contempo ha la possibilità assieme alle ASL di controllare l'accuratezza e la completezza dei dati di mortalità relativi ai toscani recuperando così i dati sui deceduti la cui residenza viene attribuita da ISTAT erroneamente ad altra regione e che nel 2011 e nel 2012 sono stati rispettivamente 442 e 306.

TM

Info: a.martini@ispo.toscana.it

ANTONIO PANTI

Le cinque C

Fino a pochi anni fa i medici di famiglia lavoravano per lo più in studi singoli e la singola visita esauriva spesso la prestazione clinica. Oggi i medici generali hanno costituito le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) perché la prestazione singola quasi mai è sufficiente. Di solito il paziente ha esigenze che possono essere soddisfatte solo dall'intervento di più professionisti, medici e non, e lo studio deve essere attrezzato per dare già alcune risposte specialistiche, deve esservi una segreteria e un minimo di supporto infermieristico. I malati cronici o qualsiasi situazione semplice o meno che elementare rendono necessario l'accompagnamento del paziente dentro una procedura complessa, un "percorso terapeutico- diagnostico- assistenziale". La medicina come professione individuale sopravvive solo nel rapporto di fiducia ma non più nella pratica clinica quotidiana. La medicina ormai è una prassi pluriprofessionale e pluridisciplinare che si svolge in strutture complesse, all'interno di organizzazioni sofisticate, di "imprese" assai peculiari e dall'enorme impatto economico e sociale.

Tutto ciò è un dato di fatto. Modificare in tal senso l'agire del medico e l'organizzazione sanitaria non corrisponde tanto all'interesse del paziente o a quello del professionista quanto a una concreta e realissima situazione operativa della sanità moderna. Recriminare sulla vecchia figura del medico è come rimpiangere la diligenza. Lo si può fare ma tutti viaggiano in treno. Tuttavia è anche vero che questo "fatto" ha colto le professioni sanitarie non molto preparate. In questa catena di interventi sulla stessa persona quali sono le rispettive competenze, quale l'autonomia di ciascun attore, infine chi è responsabile e chi decide? Spesso, nella vita di tutti i giorni, queste domande trovano risposte pratiche e sensate, dettate dall'immediatezza dell'azione. Tuttavia le frizioni esistono e si riflettono sulla difficoltà di elaborare leggi, norme o contratti di lavoro. Ne segue la proposta di discutere insieme senza pregiudizi. O, meglio, con qualche certezza di base, quale quella che il *leader* della cura è comun-

que il medico, che la diagnosi differenziale e la prescrizione terapeutica è ugualmente sua, che ciascuno è responsabile dei propri atti. Certezze tuttavia ancora da condividere.

Il quadro quindi non è così semplice perché le embriature esistono e la tecnica fa evolvere le professioni che acquisiscono nuove competenze. I fatti, abbastanza semplici se si considerano i curricoli formativi, nella prassi quotidiana sono molto più complicati. Si dovrebbe provare a ribaltare il problema e partire dalle singole procedure, affrontandole con la stessa metodica, le cinque "C". La base di ogni discussione sulla pratica attuazione di qualsiasi PDTA, o percorso clinico del paziente, dovrebbe essere la Condivisione dei fini della cura, la introiezione della necessità di Cooperare, la Collaborazione quasi come riflesso condizionato, la Comunicazione come modo di essere. Il percorso clinico non è altro che una rete di protezione stesa intorno al paziente e esige che gli attori per prima cosa sappiano e vogliano comunicare, che parlare tra di loro sia una sorta di seconda natura.

Ciascuno deve dare il meglio di sé all'interno delle proprie Competenze. Questa è la questione più spinosa perché le competenze possono essere cliniche o gestionali e allora diversamente influiscono sull'organizzazione del sistema. Inoltre sono variabili e fluide e spesso più legate alle capacità individuali di acquisirle che al titolo accademico posseduto. Che vi siano confini è chiaro, limiti che discendono non solo dalle norme ma dai livelli cognitivi. Tuttavia non dovremmo lasciarne la definizione ai politici o agli amministratori e neppure ai magistrati, tutte figure che decidono sotto l'influsso di diverse esigenze di consenso delle quali l'interesse del paziente è una componente. Un tentativo, forse troppo razionalista, potrebbe essere di individuare situazioni paradigmatiche in ospedale e nel territorio e cercare di separare le responsabilità dei diversi professionisti. Però chi decide, cioè ha l'ultima parola, deve poter valutare gli altri; c'è una gerarchia funzionale e una organizzativa e la prima prevale a letto del malato.

TM

P. D. MARINI, M. CIMORONI¹, R. LEONETTI², M. PIERINELLI³,
M. L. NICCOLAI⁴, M. A. CAPOCCHI⁵, L. GALARDI⁶, S. MELOSI⁷, C. TOCI⁸



Paola Delia Marini,
medico chirurgo,
specialista in ginecologia,
Responsabile UF.
Consultoriale della
Valdinievole dal 2000.
Componente del
Comitato Direttivo
Aziendale del Centro
di Salute e Medicina
di Genere di Pistoia
fin dalla sua prima
costituzione. Medico
Esperto in Omeopatia,
Omotossicologia e
Medicine Integrate.

Depressione Post Partum: il programma di prevenzione attivato dai Consultori dell'Azienda USL3 Pistoia

La Depressione Post Partum (DPP) è un disturbo che rappresenta un importante problema di salute pubblica avendo un forte impatto sia sulla salute futura della madre, che sullo sviluppo psico-somatico e cognitivo del bambino, non ultimo sull'equilibrio del sistema familiare. Il profilo sintomatologico è sovrapponibile a quello degli episodi depressivi che possono manifestarsi in altri momenti della vita ed include sintomi quali: umore flesso, anedonia, disturbi del sonno e/o dell'appetito, astenia, ridotta concentrazione e attenzione, ansia/agitazione, idee di morte per se stesse e per il nascituro. Recenti studi di prevalenza condotti nella popolazione italiana rilevano che dal 10 al 22% delle neomamme possono sviluppare episodi depressivi maggiori o sottosoglia intorno all'ottava settimana dopo il parto, con un picco di incidenza tra la 4 e la 12^o settimana. Nonostante la prevalenza del fenomeno e l'impatto sulla salute futura sia della donna che del nascituro, ancora oggi viene sottodiagnistica e solo una piccola percentuale di casi individuati ricevono un'appropriata e tempestiva presa in carico. Il primo intervento per la prevenzione del fenomeno consiste nell'identificazione di eventuali fattori di rischio da ricercare sia nella storia precedente alla gravidanza che nella fase immediatamente successiva al parto. I fattori di rischio che la letteratura individua come suggestivi per la depressione post partum sono: storia personale di depressione, episodi di ansia e depressione durante la gravidanza, relazione di coppia conflittuale, carenza di supporto pratico/affettivo (partner o familiari), eventi traumatici nell'ultimo anno (lotti), ripetute pratiche di PMA, bassa autostima. Per tutte queste considerazioni, è opinione condivisa che l'identificazione precoce delle donne a rischio di sviluppare questo disturbo rappresenta una delle azioni prioritarie a cui i servizi consultoriali e le strutture impegnate nel percorso nascita devono porre attenzione. Il secondo obiettivo per queste strutture, una volta individuate le condizioni di rischio, è garantire

l'attivazione tempestiva di tutte le risorse umane e professionali finalizzate al supporto ed alla gestione del disagio per evitare che lo stesso possa assumere dimensioni di gravità e/o cronicizzare. Nonostante queste evidenze, ancor oggi la valutazione sistematica delle situazioni a rischio con strumenti standardizzati non rappresenta pratica usuale dei servizi. Molti sono i professionisti che si prendono cura della donna e del bambino nella fase successiva al parto dalle ostetriche, ai ginecologi, psicologi, pediatri e medici di medicina generale e solo un approccio integrato e la collaborazione tra tutti questi può rappresentare la base per pianificare un programma efficace per la prevenzione del fenomeno. Con queste premesse un gruppo di professionisti afferenti alle UU.FF Consultoriali della Valdinievole e di Pistoia in stretta sinergia con le ostetriche della UO Ginecologia e Ostetricia dei presidi ospedalieri aziendali e con il supporto metodologico della UO Accreditamento, Qualità e Sicurezza del Paziente dell'ASL3, ha definito un programma di intervento per l'identificazione precoce delle donne a rischio di depressione post-partum che ha ricevuto specifico finanziamento regionale all'interno di un programma più ampio (*Del. D.G. n.6 del 07/01/2014 sul «Recepimento finanziamento assegnato ad ASL3 per implementazione buone pratiche per la salute materno infantile»*).

FASI del PROGRAMMA 1° Step - Il Piano Formativo

Dopo l'approvazione e l'acquisizione del finanziamento, il progetto ha preso avvio a giugno 2014 con la programmazione di uno specifico piano formativo sul tema della depressione post partum secondo un approccio multidisciplinare che ha visto coinvolti ostetriche, ginecologi, psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili, endocrinologi e pediatri, tutti i professionisti che a vario titolo ed in momenti diversi della vita si prendono cura della donna

¹ Monica Cimoroni,
ginecologa, responsabile
UF. Consultoriale Pistoia

² Roberta Leonetti,
ostetrica, ospedale Pescia

³ Monica Pierinelli,
ostetrica Consultorio
Pistoia

⁴ Maria Luisa, Niccolai dir.
UO Prof. Ostetricia ASL3
Pistoia

⁵ Maria Alberta Capocchi,
coord. Area Materno
Infantile, ospedale Pescia

⁶ Laura Galardi, psicologa,
Consultorio Pistoia

⁷ Sabrina Melosi,
psicologa, Consultorio
Valdinievole

⁸ Catia Toci, psicologa,
Consultorio Valdinievole

e del bambino fin dalle primissime fasi della gravidanza. Nel periodo compreso tra il mese di giugno 2014 ed il mese di gennaio 2015 sono state destinate venti ore di formazione nel corso delle quali sono stati affrontati aspetti teorici e pratici per comprendere, riconoscere e gestire donne con disturbi dell'affettività sia nel corso della gravidanza che nella fase del post partum. Attraverso la narrazione di storie di donne incontrate i professionisti hanno avuto modo di confrontarsi e discutere sulle principali criticità (professionali, organizzative, personali) che si possono presentare quando occorre dare significato alla sofferenza psichica, in mancanza di un background di base. Proprio alla scopo di provare a superare questo tipo di difficoltà, soprattutto per i professionisti non afferenti alle scienze psicologiche ed alla salute mentale, una sessione è stata dedicata alla visione di filmati in cui venivano riprodotte situazioni di disagio psichico nel rapporto madre-bambino.

2° Step - Gli strumenti di valutazione

In linea con gli studiosi sia italiani che internazionali, il gruppo ha preso in esame i principali strumenti di valutazione e identificazione delle donne a rischio depressivo nel periodo successivo al parto restringendo il campo ai soli strumenti (questionari) tradotti e validati in lingua italiana utilizzabili con la modalità dell'auto-somministrazione e addivenendo alla scelta del PPDS (*Post Partum Depression Screening Scale*) di Beck CT & Gable RK – ultima versione italiana 2012, edita a cura di GIUNTI OS. Il PDSS è un questionario di autovalutazione composto da 35 items, raggruppati in 7 dimensioni (o aree) psicopatologiche. Per valori di score totale compresi tra 60-79 gli autori consigliano un approfondimento con colloquio psicologo ed attivazione di eventuale intervento di supporto; per score >80, indicativo di rischio moderato – severo, gli autori raccomandano una valutazione psicologica con eventuale successiva consulenza psichiatrica per l'avvio di terapia specifica.

3° step - popolazione destinataria del progetto

Nel rispetto della specificità di utilizzo dello strumento scelto (PDSS), il gruppo ha definito di destinare il programma di screening della depressione a tutte le donne di età superiore ai 18 anni che si rivolgono ai Consultori tra la sesta e ottava settimana dopo il parto. Le prime settimane sono caratterizzate da sintomi affettivi riconducibili alla sindrome baby o maternity blues, frequente fra le neomamme ma per definizione transitoria e autolimitante. Per tale ragione la somministrazione del questionario non è indicata nelle prime due settimane dal parto, mantenendo invece la sua efficacia nell'identificazione delle situazioni di rischio fino ad un anno dal parto.

4° step - Attivazione del programma di prevenzione

Il programma ha preso avvio nei consultori aziendali nel mese di Marzo 2015 con l'integrazione di tutti i professionisti sia della rete ospedaliera che territoriale. Le ostetriche, afferenti alla UO. Ginecologia e Ostetricia dei presidi ospedalieri aziendali al momento della dimissione dopo il parto, quelle che conducono i corsi del post partum attivati presso i consultori di Pistoia e della Valdinievole e tutti i professionisti che hanno modo di rapportarsi con le donne nel periodo post partum in occasione, per esempio, della visita ginecologica di controllo, descrivono a tutte l'opportunità del servizio di screening e supporto psicologico in caso di disagio e illustrano lo strumento lasciando alle neomamme la possibilità di compilarlo o meno. Per facilitare la diffusione dell'informazione sul servizio offerto sono state preparate delle brochure da distribuire nei punti distrettuali e a disposizione nelle sedi ospedaliere.

Valutazione dei primi tre mesi di avvio del programma

Dati relativi ai primi tre mesi di attivazione del programma				
Sedi	Stratificazione del rischio (score PDSS) °			Donne valutate con scala
	PDSS < 60	PDSS 60-80	PDSS > 80	
CONS Valdinievole	26 (68%)	8 (21%)	4 (11%)	n. 38
CONS - Pistoia	28 (67%)	10 (24%)	4 (9%)	n. 42

° Score al PDSS e indicazioni come riportate nel manuale d'uso della scala:

PDSS < 60: punteggio basso, nessuna problematica, nessun intervento

PDSS 60-80: rischio medio, consigliato approfondimento psico-diagnostico

PDSS > 80: rischio alto, consigliato approfondimento e attivazione percorso individualizzato

La sintomatologia che veniva rilevata era caratterizzata prevalentemente da disturbi del sonno e dell'alimentazione, difficoltà a concentrarsi, ansia e insicurezza, una maggiore instabilità e labilità emotiva, senso di colpa/vergogna e di inadeguatezza rispetto al ruolo genitoriale; per due donne anche confusione mentale, perdita del senso di sé. Nessuna donna ha riportato punteggi significativi rispetto a pensieri autolezionistici e tutte hanno barrato la risposta "molto disaccordo" alla domanda 7 "Ho pensato che la morte fosse l'unica via d'uscita dall'incubo che stava vivendo".

Le donne che hanno evidenziato un rischio di depressione post partum medio e alto sono state richiamate per colloquio con lo psicologo del consultorio finalizzato ad un approfondimento psico-diagnostico. Due di queste donne hanno rifiutato: una (valutata in Valdinievole) ha motivato il diniego con la difficoltà ad organizzarsi avendo avuto due gemelli, ma riferiva di sentirsi confortata dal fatto di avere un buon supporto dalla madre e dal marito e di aver apprezzato un certo miglioramento rispetto alle settimane precedenti; la seconda (valutata a Pistoia) ha rifiutato motivando la scelta con il miglioramento già in atto del proprio stato psico-fisico rispetto al momento della compilazione del questionario.

CONSIDERAZIONI

Nonostante l'alta prevalenza della Depressione Post Partum e la frequenza dei contatti fra le donne (e la donna con bambino) con il personale sanitario, ancora molti casi non sono identificati, ovvero vengono sotto diagnosticati o diagnostici tardivamente e quindi non trattati salvo poi doversi confrontare con alcune "manifestazioni eclatanti - clamorose" che purtroppo giungono alla ribalta della cronaca per le conseguenze drammatiche sia per la donna che per il bambino.

Dal 2014 un gruppo di professionisti affetti ai consultori della Valdinievole e Pistoia ed alle UO. Ostetricia e Ginecologia dei presidi ospedalieri di Pescia e Pistoia si è interrogato e confrontato sulla possibilità di attivare un programma per l'identificazione precoce della donna a rischio di depressione o di disturbi affettivi più genericamente nel periodo successivo al parto. È stato evidente fin dall'inizio che tutti gli operatori (ginecologi, ostetriche, pediatri, endocrinologi e medici di medicina generale) dovessero essere coinvolti e sensibilizzati nel riconoscimento di questo tipo di problematiche. Ma altrettanto evidente era che questi ultimi fossero supportati da professionisti della salute mentale (psicologi e psichiatri) in un percorso formativo sia per veicolare conoscenze teoriche ma soprattutto per trasferire strategie comunicative

e relazionali indispensabili per instaurare una proficua relazione terapeutica. Senza un'appropriata comunicazione tra operatori che devono essere in rete e integrati, tra operatori e donna, non è possibile riconoscere e gestire la sofferenza psichica dell'altro da sé. L'implementazione della scala psicométrica *Post Partum Depression Screening Scale* (PDSS), strumento standardizzato e validato per l'identificazione del rischio depressivo in questa popolazione specifica, sicuramente potrà aiutare i professionisti che arrivano da una differente formazione incentrata primariamente sulla malattia fisica, ma mai potrà sostituire la sensibilità necessaria ad accogliere l'altro con disagio psichico anche quando questo disagio non è a prima vista manifestato.

L'attivazione del programma è stato possibile grazie all'investimento formativo pianificato dalle responsabili del Consultorio della Valdinievole e di Pistoia nel biennio 2014 – 2015 in collaborazione con le ostetriche (ospedaliere e territoriali) che lavorano con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale alle donne dopo il parto anche al proprio domicilio. Leva positiva del programma è la partecipazione di tanti operatori che giorno dopo giorno si prendono cura delle donne nei servizi sanitari aziendali, con diligenza e motivazione, e che hanno creduto nel progetto condividendo il fatto che una depressione non riconosciuta sicuramente si porterà dietro conseguenze sulla salute futura della mamma e del bambino.

La metodologia di lavoro (multidisciplinare/multiprofessionale), i criteri di qualità e sicurezza alla base del programma di prevenzione nonché le strategie comunicative/informative per la popolazione destinataria sono state presentate a Montecatini Terme in occasione dell'undicesima conferenza **ISCOME - International Society for Communication Science e Medicine** (a cura di: Sonia Lapichino, Roberta Leonetti, Ivano Cerretini, 15 e 16 giugno 2015) alla presenza dei componenti del Gruppo del Rischio Clinico Regionale.

TM

Info: p.marini@usl3.toscana.it

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 - Rimando Link esterno con cellulare



URL - Rimando Link esterno



Sommario - Rimando pagina interno



E-mail - Rimando programma e-mail



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Pronto Badante. Progetto sperimentale esteso a tutta la Toscana

Il Progetto regionale "Pronto Badante" ha come obiettivo il sostegno alla famiglia nel momento in cui si presenta la prima fase di difficoltà dell'anziano, garantendo la copertura di questo delicato momento quasi totalmente scoperto, al fine di ridurre i rischi di isolamento e disagio di tutti i componenti della famiglia.



Regione Toscana

PRONTO BADANTE al momento giusto il sostegno che serve



Il progetto "Pronto Badante" promuove azioni di **sostegno alla famiglia e all'anziano** che si trova per la **prima volta** in condizione di fragilità. Per **superare insieme le difficoltà** del quotidiano e per **sostenere le necessità** improvvise dell'anziano, rivolgiti a noi.

regione.toscana.it/prontobadante

Numero Verde
800 59 33 88

attivo da lunedì a venerdì ore 8.00-18.00
e sabato ore 8.00-13.00



Il progetto, con il coinvolgimento del Terzo settore, del volontariato e dei soggetti istituzionali presenti sul territorio, prevede l'intervento diretto di un operatore autorizzato presso l'abitazione della famiglia dell'anziano, entro le 48 ore, in modo da garantirle un unico punto di riferimento per avere informazioni riguardanti i percorsi socio-assistenziali e un sostegno economico per l'attivazione di un rapporto di assistenza familiare con una/un assistente familiare.

La famiglia infatti, qualora ricorrono le condizioni sotto indicate, è beneficiaria di una erogazione di buoni lavoro (voucher) per il lavoro occasionale accessorio, per un importo di euro 300,00 (una tantum) pari alla copertura di massimo 30 ore da parte di un assistente familiare, da utilizzare per le prime necessità dell'anziano.

L'operatore garantirà inoltre un periodo di tutoraggio in itinere e prima formazione "on the job" personalizzata, direttamente a casa dell'anziano, per aiutare la famiglia e l'assistente familiare nel periodo in cui viene attivato un primo rapporto di assistenza familiare.

Il **"Numero Verde Pronto Badante 800 593388"**, attivo da lunedì a venerdì dalle 8.00 alle 18.00 e il sabato dalle 8.00 alle 13.00, si rivolge alla famiglia con anziano convivente o all'anziano che vive da solo e che rientra nelle seguenti condizioni:

- età uguale o superiore a 65 anni, la cui condizione di difficoltà si manifesta nel periodo di validità del progetto;
- residenza in Toscana;
- non avere già in atto un progetto di assistenza personalizzato (PAP) da parte dei servizi territoriali;
- non aver già stipulato un contratto di assistenza familiare con una/un badante, al fine dell'erogazione dei buoni lavoro.

Il progetto della durata di 12 mesi è partito il 1° marzo 2016. Il costo complessivo del progetto sperimentale esteso a tutta la Toscana ammonta a 3,8 mln, di cui 2,8 mln a favore dei soggetti capofila per la gestione del Numero Verde -Coordinamento regionale e per la gestione degli interventi su tutto il territorio toscano e 1 mln a favore di INPS per l'Azione Buoni lavoro.

Nella tabella 1 sono riportati gli enti capo-

Progetto regionale sperimentale "Pronto Badante Toscana" di cui alla DGR 946/2015, ddRT 4604/2015 e ddRT 321/2016	
Area territoriale/Zona-distretto	Soggetto capofila
Numero Verde e Coordinamento regionale	ASSOCIAZIONE ESCULAPIO
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Lunigiana	COMPASS SOC.COOP.SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Apuane	G. DI VITTORIO COOP. SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Valle del Serchio	SO&CO CONSORZIO COOPERATIVE SOCIALI
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Piana di Lucca	IDEALCOOP SCS ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Pistoiese	MI.SE. MILLE SERVIZI COOPERATIVA SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Val di Nievole	CO&SO GRUPPO COOPERATIVO
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Pratese	PANE E ROSE SOC. COOP. SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Alta Val di Cecina e Val d'Era	PATRONATO ACLI
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Pisana	ACLI SEDE PROVINCIALE PISA
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Bassa Val di Cecina	NUOVO FUTURO COOP. SOCIALE
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Livornese	SVS PUBBLICA ASSISTENZA LIVORNO
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Val di Cornia ed Elba	CUORE LIBURNIA SOCIALE SOC.COOP. SOCIALE
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Alta Val d'Elsa	ZELIG SOCIALE COOP. SOCIALE
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Val di Chiana Senese e Amiata Senese e Val d'Orcia	IL PRATO SOC. COOPERATIVA SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Senese	ZELIG SOCIALE COOP. SOCIALE
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Casentino e Val Tiberina	PROGETTO 5 SOCIETA' COOP. SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Val di Chiana Aretina	AIMA FIRENZE
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Aretina	PROGETTO 5 SOCIETA' COOP. SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Valdarno	GIOVANI VALDARNO SOC.COOP. SOCIALE
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Colline Metallifere	GIOCOLARE SOC.COOP. SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Colline dell'Alberghina e Amiata Grossetana	IL QUADRIFOGLIO SOC.COOP. SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Grossetana	USCITA DI SICUREZZA SOC.COOP. SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Firenze	CONSORZIO COORDINAMENTO OPERATIVO DI SOCCORSO (CONSORZIO C.O.S.)
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Fiorentina N-O	ASSOCIAZIONE ESCULAPIO
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Fiorentina S-E	NOMOS COOP. SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Mugello	ARCA COOP. SOCIALE
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Empolese	MINERVA SOC.COOP. SOCIALE ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Valdarno Inferiore	COOP. SOCIALE LA PIETRA D'ANGOLO ONLUS
Attività di assistenza, informazione e tutoraggio Zona Versilia	ASSOCIAZIONE ESCULAPIO

Tabella 1

fila gestori degli interventi del progetto regionale Pronto Badante.

Obiettivi:

- sperimentare, anche in un'ottica di innovazione sociale, specifici interventi territoriali di supporto alle famiglie, tenuto conto delle esperienze in atto al fine di non frammentare ulteriormente le azioni
- sviluppare e valorizzare le risorse della rete di supporto alle famiglie

- prevenire e contrastare le situazioni di vulnerabilità sociale delle famiglie
- ridurre i rischi di isolamento e disagio delle famiglie con anziani fragili
- sviluppare un welfare di rete che valorizzi la centralità della persona, promuovendo la cooperazione del Terzo settore con i soggetti istituzionali e non, presenti sul territorio
- attivare nuove strategie e relazioni con i soggetti del Terzo settore finalizzate al rafforzamento del volontariato e all'impegno sociale



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

- promuovere un'integrazione più efficace tra le segnalazioni dei bisogni degli anziani e le attività di assistenza da parte dei servizi territoriali.

I numeri del progetto sperimentale avviato a Firenze e provincia (periodo dal 16/03/2015 al 29 febbraio 2016):

- n. 9719 telefonate al Numero Verde
- n. 1408 visite domiciliari
- n. 927 buoni lavoro attivati

Dati al 1° mese di attivazione del progetto Pronto Badante esteso a tutta la Toscana:

- n. 2.212 telefonate al Numero Verde
- n. 507 visite domiciliari
- n. 306 voucher attivati

Info: www.regione.toscana.it/prontobadante

P. FRANCESCONI¹, F. PROFILI², I. BELLINI³, L. ROTI⁴

Sanità di iniziativa in Toscana: impatto sulla cura degli assistiti con diabete

La Sanità d'Iniziativa (SI) in Toscana è un modello assistenziale proattivo di gestione delle malattie croniche attuato secondo i principi del **Chronic Care Model (CCM)** grazie al quale migliorare la qualità delle cure erogate e gli esiti di salute degli assistiti affetti da condizioni croniche attraverso un'interazione tra un paziente attivo e informato e un team multiprofessionale preparato e proattivo (Figura 1).

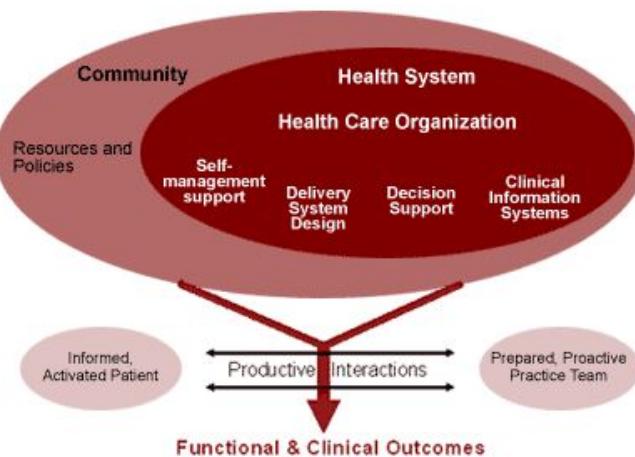


Figura 1 - Chronic Care Model, E. Wagner.

A partire dal 2010, i medici di medicina generale hanno iniziato ad aderire al progetto su base volontaria ed hanno iniziato a formarsi i moduli della sanità d'iniziativa, team multiprofessionali costituiti da un gruppo di medici di medicina generale e da un infermiere.

Nello stesso anno è iniziato l'arruolamento dei pazienti affetti da scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva e pregresso ictus. A

fine 2010 avevano aderito al progetto 627 medici di medicina generale, organizzati in 56 moduli, per una popolazione assistita di circa 766 mila pazienti pari al 24% della popolazione ultra 16enne residente in Toscana.

L'ARS ha misurato l'impatto della SI sulla cura dei pazienti con diabete nel periodo di follow-up 2011-2014 in termini di adesione alle raccomandazioni delle linee guida, spesa per prestazioni specialistiche e farmaci, ricoveri in ospedale, incidenza di eventi cardio-cerebro-vascolari e mortalità, confrontando il gruppo dei pazienti arruolati nel 2010 (pazienti SI) con un campione di pazienti affetti da diabete e assistiti da medici che non hanno aderito alla SI (pazienti NoSI). Il gruppo di controllo è stato selezionato in modo che fosse confrontabile con il gruppo degli esposti al baseline in termini di genere, età, terapie farmacologiche, comorbosità, ASL di residenza. Le differenze tra i due gruppi osservate durante il periodo di follow-up grezze e aggiustate per i valori misurati durante il periodo precedente all'avvio della SI (2006-09) non differiscono significativamente tra di loro e per brevità di seguito riportiamo soltanto i valori osservati nei due gruppi durante il periodo di follow-up. I risultati possono quindi essere interpretati come prodotti da uno studio pre-post con gruppo di controllo, dove i valori misurati nel periodo precedente l'avvio del progetto sono pari tra i due gruppi di pazienti.

Risultati

Aumenta l'adesione alle raccomandazioni delle linee guida. In particolare, durante il periodo di follow-up, mediamente i pazienti SI hanno fatto una valutazione annuale dell'emoglobina glicata e almeno 2 tra visita oculistica, colesterolo to-

¹ Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

² Statistico, Agenzia Regionale Sanità

³ Medico, scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università di Firenze

⁴ edico, Regione Toscana

tale e microalbuminuria nel 46,2% dei casi contro il 28,8% dei pazienti NoSI;

Diminuisce leggermente la spesa per visite diabetologiche e aumenta la spesa per prestazioni diagnostiche di laboratorio e per immagini specifiche per il follow-up del paziente diabetico. Considerando le tariffe delle prestazioni erogate, mediamente i pazienti SI hanno speso ogni anno 9,7€ pro capite per visite specialistiche diabetologiche, 34,1€ per la diagnostica di laboratorio, 66€ per la diagnostica per immagini contro rispettivamente 11,1€, 30,8€ e 56,3€ spesi dai pazienti NoSI;

Aumenta la spesa per farmaci ipoglicemizzanti. Mediamente i pazienti SI hanno speso ogni anno 233€ pro capite per farmaci ipoglicemizzanti e 62€ per farmaci agenti sui lipidi contro rispettivamente 218€ e 60€ spesi dai pazienti NoSI;

Non cambia il tasso di ospedalizzazione generale ma tende ad aumentare il tasso di ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete a causa di un aumento del tasso di ricoveri programmati. Il tasso medio di ricoveri in regime ordinario in reparti per acuti è stato di 273 ricoveri per 1.000 anni persona in entrambi i gruppi. Il tasso medio di ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete è stato di 109 ricoveri per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 102 ricoveri per 1.000 tra i pazienti NoSI. L'aumento è quasi totalmente imputabile all'aumento del tasso medio di ricoveri programmati che è stato di 36 ricoveri per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 30 ricoveri per 1.000 tra i pazienti NoSI (+13% in termini relativi; differenza significativa).

Diminuisce in maniera significativa il tasso di ricovero per ictus e infarto. Il tasso medio di ricoveri per eventi cerebro-cardio-vascolari acuti è stato di 14 ricoveri per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 16 ricoveri per 1.000 tra i pazienti NoSI.

Diminuisce la mortalità. Il tasso medio mortalità è stato di 42 decessi per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 46 decessi per 1.000 tra i pazienti NoSI.

Discussione

Valutare l'impatto di un progetto complesso come la sanità d'iniziativa in Toscana con uno studio osservazionale è impresa assai ardua a causa dell'adesione su base volontaria dei medici aderenti e, soprattutto, della selezione dei pazienti arruolati, che sono mediamente più giovani e con livelli di comorbosità più bassi rispetto ai pazienti non arruolati. Il rigore metodologico dello studio, che ha sicuramente minimizzato i problemi legati a questi bias di selezione, e la plausibilità degli impatti osservati, ci permettono però di poter considerare con sufficiente fiducia i risultati ottenuti.

Si tratta naturalmente di medie a livello regionale che possono nascondere significative variabilità tra le Aziende Sanitarie.

Secondo il framework "Triple Aim", sviluppato dall'Institute for Healthcare Improvement (Figura 2), per valutare l'impatto di un progetto in sanità è essenziale considerare contemporaneamente tre dimensioni: la qualità delle cure, la spesa pro-capite ed il guadagno di salute.

Donald M. Berwick and Thomas W. Nolan 2007



Qualità delle cure. È indubbio che la sanità d'iniziativa ha migliorato la qualità delle cure erogate almeno per quanto misurabile in termini di adesione alle raccomandazioni delle linee guida. Un aumento relativo aggiustato del 58% della percentuale di pazienti con diabete seguiti adeguatamente da un punto di vista di indagini diagnostiche di follow-up è un risultato eclatante che non lascia dubbi.

Spesa pro-capite. Era peraltro scontato che ciò non potesse avvenire senza un concomitante, seppur contenuto, aumento del consumo di prestazioni diagnostiche e di farmaci. Meno atteso l'impatto sul ricorso all'ospedalizzazione. L'aumento del tasso di ricoveri programmati per complicanze a lungo termine del diabete è verosimilmente dovuto ad un fenomeno di "emersione del sommerso" grazie a visite ed esami più frequenti. Ne consegue che questi ricoveri, più che come esiti negativi, sono da interpretare come importanti componenti del processo di cura, occasioni per approfondimenti diagnostici e per migliorare la terapia e l'educazione sanitaria del paziente.

Guadagno di salute. Eclatanti gli impatti sui tassi di eventi cardio-cerebro-vascolari acuti - la sanità d'iniziativa si è dimostrata capace di diminuire significativamente il rischio cardio-vascolare degli assistiti affetti da diabete – e sulla mortalità.

La sfida per il futuro consiste nel consolidare i buoni risultati in termini di qualità delle cure e guadagno di salute. Sarà anche necessario sostenere, attraverso l'attuazione dei PDTA, l'appropriatezza clinica ed anche organizzativa delle cure specialistiche, limitando il ricorso al ricovero ospedaliero, ordinario o diurno, solo ai casi di effettiva complessità e gravità non gestibili a livello ambulatoriale (day service / PAC), aumentando allo stesso tempo la collaborazione multiprofessionale a livello territoriale tra medici di medicina generale e specialisti.



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

AFA DAY 2016

Sabato 21 maggio

l'Azienda USL Toscana Centro (area fiorentina), la SdS Firenze, SdS Nord Ovest, SdS Mugello e Zona Fiorentina Sud Est, promuovono l'AFA DAY 2016: una manifestazione che si terrà dalle 9.00 alle 17.00 nell'area della Piscina delle Pavoniere **al Parco delle Cascine a Firenze.**

Sono invitati tutti i cittadini che vogliono conoscere i corsi di Attività Fisica Adattata, per provare gli esercizi con istruttori qualificati, ricevere informazioni dagli esperti della salute su come prevenire o contrastare i dolori dovuti ad artrosi alla colonna vertebrale, alle spalle alle ginocchia ecc. o che hanno problemi di mobilità.

Saranno illustrati i benefici che soprattutto le persone anziane possono ricevere praticando i corsi AFA, in palestra o piscina, che sono un valido supporto anche in caso di ipertensione, diabete, obesità, così come per persone con Ictus, Parkinson, Malattie reumatiche.

Una giornata per divertirsi in compagnia. Una Festa per chi già frequenta i corsi AFA. Una possibilità per difendere la propria salute, su consiglio del medico, con 2 ore la settimana.

Info: http://www.sds.firenze.it/materiali/AFA/programma_afaday2016.pdf

LETTI PER VOI

L'altra Marilyn

Liliana Dell'Osso, Riccardo Delle Luche

Le Lettere Editore

Liliana Dell'Osso e Riccardo Delle Luche hanno pubblicato per l'editore Le Lettere una biografia ragionata di Marilyn Monroe sottotitolata "Psichiatria e psicoanalisi di un cold case". Un esperimento estremamente interessante e ben riuscito. Vi si intrecciano sapientemente, con una scrittura mai pedante anzi sempre accattivante, una biografia completa di una delle icone più espressive dei nostri tempi, un'analisi clinica accuratissima, una ricostruzione analitica dei molti inquietanti misteri legati alla morte della star, un vero e proprio aggiornatissimo trattato di psichiatria. Nel testo si alternano capitoli di storia del costume, critiche cinematografiche, veri e propri articoli scientifici di psichiatria, tutti accurati e stimolanti e senza mai perdere il filo conduttore del racconto. Insomma un libro colto, scientificamente impegnativo e una piacevole lettura. Inoltre istruttivo perché affronta un tema sociale e antropologico di grande rilevanza, quello della creazione di un'opera o di un'immagine perfetta dal punto di vista del soggetto creatore. Non a caso il libro si conclude con l'analisi della vita di Glenn Gould e del suo "perfezionismo" pianistico, qualcosa di diverso rispetto alla figura del "virtuoso", in cui il soccombente di bernhardiana memoria è lo stesso protagonista, come Marilyn portatore di una sorta di tanatotropismo. La diagnosi cui pervengono i due studiosi scrittori potrà essere discussa dagli addetti ai lavori ma quel che resta è il piacere di una riflessione su temi così attuali, una follia individuale che si appoggia su una sorta di esaltazione collettiva.

Antonio Panti

V. CHISCIOTTI, M.CHIARA CAVALLINI*, C.FRANCOIS**, E.CATARZI***

La Casa Domotica di Firenze

Una esperienza di accoglimento tra Ospedale e Territorio



La casa domotica di Firenze è una struttura "non sanitaria" di transizione tra l'ambiente sanitario dell'Azienda OU Careggi e il territorio (domicilio proprio degli ospiti).

Nasce nel febbraio 2013 dall'intesa e collaborazione tra la Regione Toscana, il Comune di Firenze, la Società della Salute, l'AOU Careggi e la Misericordia di Rifredi che ne gestisce le attività su "affidamento diretto in via sperimentale" da parte della SdS (affidamento rinnovato dopo pubblica gara).

Il progetto rappresenta la sperimentazione di un'opportunità abitativa temporanea con funzione "didattica-educativa" all'utilizzo delle tecnologie e degli spazi domestici, presenti nella struttura, in funzione delle necessità dell'ospite con l'obiettivo di ripristinare il grado di autonomia nelle attività strumentali e di base della vita quotidiana e di eseguire una riattivazione motoria al fine di migliorare il reinserimento nel proprio ambito domiciliare.

Gli ospiti che afferiscono alla Casa Domotica sono suddivisi in due distinte tipologie: ospiti medullosi che fanno riferimento alla Unità Spinale della AOU Careggi e pazienti, prevalentemente in età geriatrica, dimessi dai Reparti della AOU Careggi.

Gli ingressi degli ospiti medullosi, sempre accompagnati dal care giver, sono concordati con la Unità Spinale diretta dal Dr. G. Del Popolo della AOU-Careggi, l'appoggio temporaneo alla struttura permette la fruizione di prestazioni in DH e il soggiorno pre-ricovero a pazienti fuori sede.

Gli ingressi invece degli ospiti geriatrici vengono concordati in seguito ad una selezione effettuata da un team multidisciplinare dell'Agenzia di Continuità Assistenziale diretta dal Dr. A. Bussotti della AOU-Careggi, costituito da medico, infermiere, fisioterapista ed assistenti sociali, e riguardano pazienti che, guariti e dimessibili per la patologia che ne ha determinato il ricovero, non possono essere reinviati ancora al proprio domicilio sia per precarietà dello stato di salute sia per consentire un adattamento ambientale alle nuove esigenze determinate dall'attuale situazione clinica (acquisto di arredi idonei, arrivo di badante, sanificazione ambientale ecc).

Per le caratteristiche degli ospiti, pur non essendo una struttura sanitaria, è sempre presente 24h/24 un Operatore Socio Sanitario (OSS) con funzione di assistenza nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana, supervisione nell'assunzione della terapia, gestione della riattivazio-

ne motoria secondo le indicazioni fisioterapiche fornite alla dimissione; rilevazione dei parametri vitali e compilazione della scheda *National Early Warning Score (NEWS)*. Gli OSS assieme alla Ditta che si occupano della sanificazione quotidiana e del servizio mensa che porta i pasti per pranzo e cena rappresentano le spese dirette di gestione.

Le spese di manutenzione ordinaria e straordinaria fanno capo alla Società della Salute – Comune di Firenze proprietario dell'immobile.

Per le necessità medico-sanitarie gli ospiti geriatrici fanno capo al loro medico di medicina generale e per tale motivo, eccetto accordi diretti col medico di medicina generale, vengono accolti solo residenti nel quartiere di Rifredi dove è ubicata la Casa Domotica, gli altri ospiti hanno come referenti diretti i medici della Unita Spinale.

Per maggior sicurezza comunque tre medici volontari della Misericordia di Rifredi garantiscono una valutazione quotidiana degli ospiti; anche il servizio infermieristico quotidiano che si occupa di medicazioni e terapia è affidato ad un infermiere volontario che prevalentemente induce alla auto-gestione della terapia per il rientro al domicilio.

Anche il coordinamento della struttura è affidato ad una volontaria, Sig.ra L. Bacci, che si occupa degli aspetti organizzativi e burocratico-amministrativi.

Sono inoltre coinvolti altri volontari della Misericordia di Rifredi che forniscono assistenza alla persona di tipo occupazionale e rieducativo per il reinserimento al domicilio oltre a favorire la socializzazione e lo svago.

Da un punto di vista architettonico oltre gli ambienti logistici, la struttura consta di sei stanze a due letti con bagno proprio, due di queste stanze sono attrezzate per ospiti con gravi limitazioni funzionali e sono collegate col proprio bagno da una rotaia al soffitto che permette gli spostamenti col sollevatore.



Valentina Chisciotti, Laureata nell'ottobre 2008 a Firenze c/o il Dip. di Area Critica Medico Chirurgica UF di Gerontologia e Geriatria, ha coordinato come Medico Volontario la Sezione "Gruppo Protezione Civile" della Misericordia di Rifredi, partecipando nel 2009 alla "Emergenza Terremoto L'Aquila". Nel 2015 si è specializzata in Geriatria e Gerontologia, con la Tesi di Laurea "La Dimissione Difficile nel paziente anziano fragile. Progetto Sperimentale Casa Domotica", partecipando attivamente alla gestione della Casa Domotica Fiorentina.

* Medico Geriatria:
Cardiologia e Medicina Geriatrica, Dip. Medico Geriatrico AOU-Careggi

** Direttore Sanitario Ambulatori Misericordia Rifredi

*** Medico Fisiatra

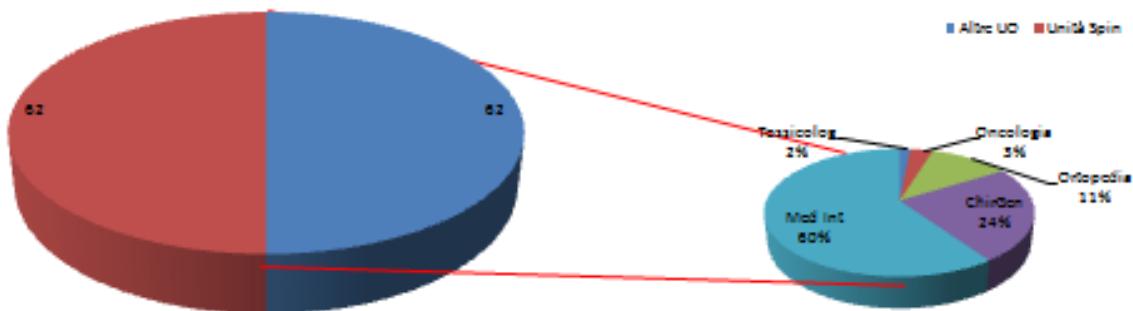


Figura 1 - Suddivisione in base alla provenienza

Vi è una sala da pranzo a comune per favorire la socializzazione in continuum col soggiorno, sono inoltre presenti due cucine attrezzate dotate di zona lavaggio e piastre ad induzione, pensili dotati di meccanismo di movimentazione controllata elettricamente per l'avvicinamento, in modo da essere accessibili anche alle persone in sedia a ruote.

Il totale degli ospiti afferiti presso la "Casa Domotica", nel periodo compreso tra il 6 Febbraio 2013 ed il 6 Febbraio 2015, è stato di 144, di cui 62 provenienti dall'Unità Spinale e 62 provenienti dai restanti reparti della AOUC (Figura 1).

In questo periodo di attività abbiamo constatato, come prevedibile, che gli ospiti medullosi, sempre accompagnati dal proprio care giver, hanno impegnato l'attività della struttura molto meno rispetto agli ospiti geriatrici spesso portatori di polipatologie e in affidamento quasi completo al personale della Casa Domotica, per tale complessità ne abbiamo prevista una valutazione progressiva: la prima valutazione, da parte dell'Agenzia di Continuità Assistenziale, avviene alla dimissione ospedaliera, le successive all'ingresso e alla dimissione dalla Casa Domotica mediante un protocollo comprensivo di strumenti standardizzati tesi a valutare il grado di autonomia, la presenza ed eventuale livello di deficit cognitivo ed il livello assistenziale medico-infermieristico. È stato inoltre eseguito *follow up* telefonico ad 1 mese e 6 mesi dopo l'uscita dalla Casa Domotica. (Tabella 1).

La loro età media è risultata di 77.6 anni \pm 13.5 anni, età minima 34 anni e massima 103 anni con una mediana di 81 anni.

Al momento della dimissione dalla AOU-Ca-

reggi era stata prevista un periodo di ospitalità medio presso la Casa Domotica di 18 giorni che ha invece raggiunto un valore medio di 32 e rientro a domicilio nel 97% dei 62 ospiti "non medullosi", per il reinvio in Ospedale di due ospiti con aggravamento dei problemi oncologici di base.

Come descritto nella Tabella 1 il **Barthel Index anamnestico**, relativo all'autonomia del paziente al proprio domicilio prima dell'ospedalizzazione, era pari a **85 21.6**, dopo il periodo di degenza ospedaliera (in media le giornate di degenza erano pari a 11 giorni) il valore di **Barthel Index diminuisce del 25% rispetto al valore iniziale**. Tale valore poi risale osservando una media di 80.5. dopo il soggiorno in Casa Domotica mantenendosi anche ai successivi controlli in assenza di differenze statisticamente significative.

Gli ospiti referenti all'Unità spinale, con età media di 38 anni hanno tutti concluso l'iter pre-stabilito eccetto in due particolari situazioni per le quali si attende ancora l'idonea soluzione.

In seguito alla permanenza presso la Casa Domotica ed agli interventi di riattivazione motoria e terapia occupazionale in ambiente di domiciliarità assistita la popolazione in esame ha presentato un consistente e significativo recupero dello stato funzionale, confrontabile con lo stato funzionale pre-ricovero ospedaliero, che ha permesso nella quasi totalità dei soggetti un rientro a domicilio. Inoltre, il recupero dello stato funzionale si è mantenuto a 1 mese e 6 mesi dall'uscita dei pazienti dalla Casa Domotica. **TM**

Info: v.m.chisciotti@gmail.com

Barthel Index valutato nei diversi setting

	BI anamn	BI Dim. osp.	BI Dim. CD	BI FU 1 mese	BI FU 6 mesi	p
Popolazione pazienti (n=62,%)	46 (74.2)	44 (71.0)	51 (82.2)	57	44	
Media \pm Dev.std	85 \pm 21.6	63.3 \pm 31.4	80.5 \pm 24.1	79.8 \pm 23.6	80.1 \pm 23.6	0.683

BI= Barthel Index, anamn.= anamnestico; dim_osp = dimissione ospedaliera; dim CD= dimissione Casa Domotica; FU= follow up; Dev. Std= deviazione standard

Tabella 1

MARIO MIGLIOLI

Quando l'Homo cominciò a correre. L'evoluzione vista da un medico sportivo

Nel 2004 la rivista **Nature** pubblicò i risultati degli studi condotti dal biologo Bramble e dall'antropologo Lieberman dal titolo **"Endurance running and the evolution of Homo"**.

Nello studio si viene ad ipotizzare che sia da attribuire alla corsa, in particolare su lunghe distanze, la differenziazione dello scheletro e dei complessi muscolari umani a partire dalle Australopitecine: l'anatomia umana si sarebbe sviluppata più di 2 MA sotto lo stimolo indotto da un'attività di corsa resasi necessaria ai nostri antenati nel competere con gli altri predatori per l'approvvigionamento di cibo nella savana.

Alcuni ritrovamenti fossili in Kenya (Tugen) hanno consentito agli studiosi di datare attorno a 4,5 MA la deambulazione bipede: le Australopitecine (gli antenati conosciuti più prossimi alle Antropomorfe) già deambulavano bipedi, e così per almeno 2,5 MA pur essendo ben evidenti i cambiamenti che distinguono Homo da Australopithecus (quest'ultimo con braccia corte, avambracci lunghi, spalle strette con cavità glenoidea inclinata verso l'alto e connessioni muscolari sviluppate tra spalle e complesso testa-collo).

Non sarebbe quindi la sola locomozione bipedale a giustificare lo sviluppo di alcuni caratteri anatomici moderni, anche perché in alcuni casi non interessati nella deambulazione e non funzionali a tale scopo.

Secondo i due studiosi, la necessità di correre potrebbe aver portato alla differenziazione della linea umana, già manifesta in tratti del primo vero "viaggiatore", l'Homo Ergaster (tutte le specie di ominidi precedenti erano infatti restate confinate all'interno del continente africano).

A costui veniva richiesta una grande capacità adattativa considerando l'impressionante velocità con cui avvenne l'espansione territoriale e che la configurazione e il clima del territorio variavano in continuazione.

Homo Ergaster era carnivoro (lo dimostrano le caratteristiche del torace, lungo e stretto, non idoneo ad ospitare un intestino tipico di un erbivoro), e probabilmente cacciava percorrendo lunghe distanze.

Per la pratica della corsa il corpo deve possedere la capacità di assorbire l'impatto col terreno, deve essere stabile e in grado di mantenersi in equilibrio, deve possedere una muscolatura potente per prostrarre lo sforzo e mantenere costante la temperatura corporea.

Per garantire l'equilibrio si rende necessario

posizionare il cranio centralmente rispetto alla colonna vertebrale, distribuire il carico cranico fra parte anteriore e regione occipitale; il torace deve presentare struttura indipendente dalla testa con spalle più abbassate ed avambracci più corti; presentare assorbiti di contraccolpi al rachide (ligamenti longitudinali anteriore e posteriore) e sviluppo dei glutei (il grande gluteo è il maggior estensore dell'anca).

Le modificazioni indotte dalla corsa non si limitano alle caratteristiche morfologiche, determinando anche adattamenti funzionali idonei alla stessa.

Furono gli stessi Autori che successivamente, nel 2006, pubblicarono sulla rivista **Sports Medicine** un articolo che riconduceva alla necessità di procacciarsi il cibo il poter correre su lunghe distanze; non potendo disporre di armi a proiettile (il lancio di pietra con punta è riconducibile a 200.000 anni fa, e l'arco con freccia a 50.000 anni fa) la sola possibilità era uccidere l'animale a breve distanza. L'inseguimento degli animali per lunghi tratti, determinava sfinimento di questi per ipertermia, e la possibilità quindi di poterli colpire a distanza ravvicinata e con minor rischi.

Il parametro di distinzione più significativo è rappresentato dalla capacità di correre lunghe distanze (>5km) con metabolismo aerobico. L'uomo, in quanto bipede, non presenta le caratteristiche di galoppo che appartengono ad alcuni



Mario Miglioli, specialista in Medicina dello Sport e in Medicina del Lavoro. Perfezionamenti universitari in Fisiopatologia e Allergologia respiratoria, Igiene Ambientale, Clinica tossicologica e Promozione della Salute. Lavora all'Inail di Firenze; è Presidente dell'Associazione Medico Sportiva Fiorentina della FMSI e medico della Rari Nantes Florentia.

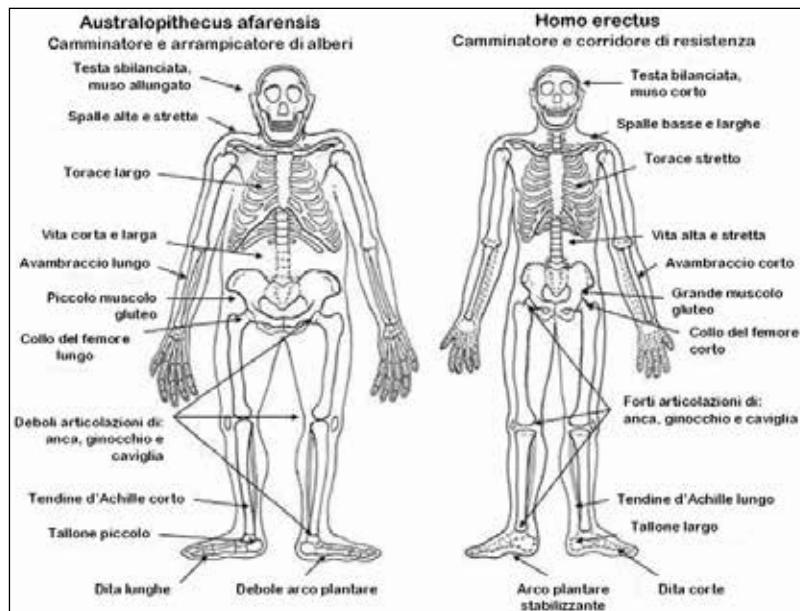
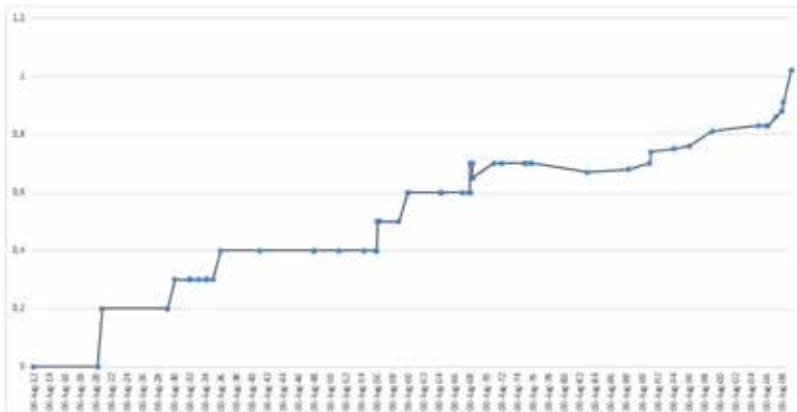


Figura 1 - Da *Nature* (modificato)

Abbattimento del record mondiale dal 1912 (in secondi)



quadrupedi, essendo più simili al trotto degli stessi: la velocità massima degli esseri umani è circa 10 m/sec, sicuramente al di sopra della massima velocità di trotto dei mammiferi non umani, ma ben al di sotto della massima velocità di galoppo di altri mammiferi. La resistenza alla velocità è quindi caratteristica dell'uomo: questa varia dai 4m/sec per giungere ai 6,5 m/sec (atleti di élite), velocità che, in tutti gli altri mammiferi ed indipendentemente dalle dimensioni, determina il transito dal trotto (andatura di resistenza per il quadrupede) al galoppo.

I quadrupedi, come il cane, possono percorrere lunghe distanze al trotto, ma a causa dell'ipertermia che si stabilisce, solo percorsi più limitati al galoppo dipendendo questi dalle condizioni climatiche (un cane di massa simile ad un essere umano, 65 kg, ha una velocità di transizione dal trotto al galoppo a 3,8 m/sec e può sostenere il galoppo a 7,8 m/sec per solo 10-15 minuti se in condizioni di freddo).

In breve, gli esseri umani possono correre distanze come la maratona più velocemente di quasi tutti gli altri mammiferi (anche, talvolta, del cavallo soprattutto quando è caldo).

Questa particolare condizione nel correre lunghe distanze, è stata raggiunta dall'uomo nel corso dell'evoluzione grazie ai cambiamenti morfologici con effetto di stabilizzazione e allo sviluppo dei sistemi di termoregolazione, già descritti.

A ciò si aggiunga lo sfruttamento dell'effetto di restituzione energetica (effetto molla) successivo all'appoggio al terreno dopo la fase aerea nella corsa: ciò è reso possibile dallo sviluppo di strutture tendinee (come il tendine achilleo) assenti o scarsamente sviluppati nelle scimmie africane e

non presente nei precursori dell'Homo sapiens come l'australopiteco.

L'energia resa disponibile dalla reazione dei tendini aumenta la velocità di marcia di oltre l'80% e riduce di una pari percentuale i costi energetici della corsa.

Anche il metabolismo ha subito gli effetti di un adattamento evolutivo: un recentissimo studio di Herman Pontzer, antropologo statunitense, ha dimostrato che nell'arco della giornata i primati consumano una quantità di energia estremamente bassa, pari a circa il 50 per cento di quella attesa da un mammifero placentato di massa simile.

Il contributo della corsa al processo evolutivo somatico e funzionale del genere umano, fornisce uno stimolo accattivante al medico dello sport che, per " vocazione", si porrà quindi il quesito del limite della prestazione umana.

Se si analizzano gli annali dei record sui 100m in atletica potremmo vedere che i tempi sono scesi dai 10"6 (record datato 1912) ai 9"58 (del 2009).

Nel 1912 fu un giovane statunitense, Donald Lippincott, che giunse a Stoccolma aggregandosi alla squadra americana grazie ai fondi raccolti fra amici e compagni di studio, a stabilire il primo record omologato con un tempo di poco superiore i 10 secondi. Il record rimase imbattuto per 8 anni, per essere successivamente più volte migliorato. Solo alle olimpiadi del Messico si scese sotto il muro dei 10 sec. (Jim Hines – 9"95) per giungere all'attuale record che appartiene al giamaicano Usain Bolt di 9"58 (Berlino, 16 agosto 2009).

Se disponiamo su un grafico cartesiano l'abbattimento del record mondiale sino ai nostri giorni, si può osservare che si stabiliscono successioni di soglie (curva composta da tante sezioni a forma di "S" allungata): una rappresentazione grafica molto frequente in biologia. Il modello di analisi che più si accosta a questa condizione è quello matematico della regressione logistica: l'elaborazione dei dati, il calcolo del valore asintotico che rappresenta il limite di abbattimento del record, porta ad individuare, nella più recente curva, una soglia predetta di miglioramento assai limitata ed individuabile in un tempo record di 9"46 (+/- 4 centesimi di secondo); ma questi sono "esercizi" per i matematici: il continuo miglioramento dei metodi di allenamento, la globalizzazione che consente l'accesso di nuovi atleti alle selezioni con maggior possibilità di far emergere il "fenomeno", la disponibilità di nuove conoscenze su regimi alimentari performanti e poi, perché no, nel corso dei prossimi secoli un miglioramento della fisiologia umana secondo le linee tracciate dall'Evoluzionismo, potrebbero far sì che gli uomini corrano i 100 metri in 5 secondi, ma allora saranno diversi dagli uomini odierni.

P.S. Ho volutamente escluso la possibilità di ottenere miglioramenti con metodi illeciti, perché questi non appartengono allo Sport e nemmeno all'Evoluzione della specie.

Info: m.miglioli@inail.it



ALESSANDRO BANI

Bruxismo

Multiprofessionalità ed aspetti neuropsichiatrici



Introduzione

Il bruxismo rappresenta uno dei sintomi-malattia che richiede la collaborazione multiprofessionale e quindi l'intervento di diversi specialisti, il primo dei quali, l'Odontoiatra. Non è intenzione di questo articolo approfondire gli aspetti odontoiatrici, mentre si vuole ricordare la alta frequenza del fenomeno bruxismo in patologie neuro-psichiatriche; questa frequenza del sintomo nel contesto di molteplici e variegate patologie rappresenta quindi uno stimolo conoscitivo per la sua importanza e collocazione nei vari disturbi.

Il bruxismo è l'abitudine a serrare (*clenching*) o dignignare (*grinding*) i denti. Questo fenomeno è presente durante il sonno spesso inconsapevolmente e viene descritto con frequenza anche durante il giorno. È quindi, un'attività "parafunzionale" perché non rientra nella "funzione" propria della bocca, come altre abitudini che fanno parte della vita quotidiana come masticare chewingum.

L'American Academy of Sleep Medicine (2005), definisce il bruxismo come *"Una parafunzione orale caratterizzata dal dignignare o stringere i denti durante il sonno, associata ad un eccessivo numero di microrisvegli (arousal)"*; l'American Academy of Orofacial Pain lo definisce, come: *"Un'attività parafunzionale diurna o notturna che comprende il dignignamento, lo sbattere, il serramento o l'attrito dei denti"*.

Clinica. Cenni

Digrignare i denti, cioè farli sfregare gli uni contro gli altri, comporta un'usura dei denti stessi. Se invece prevale il serramento dentale (bruxismo statico), l'usura è minore, però si possono formare delle piccole lesioni dello smalto dovute alla pressione, fino a fratture dei denti e delle protesi. La sollecitazione che i movimenti del bruxismo procurano sui denti, si trasmette alla loro struttura di supporto, cioè l'osso dei mascellari e alle gengive.

Il bruxismo crea un notevole affaticamento e dolore della muscolatura masticatoria non concedendole tempo per rilassarsi attivandola continuamente, soprattutto durante la notte, quando dovrebbero riposare; questo

affaticamento può estendersi anche ai muscoli del collo e delle spalle, dando origine a forme di cefalea oltre a dolore facciale. Altra sintomatologia comprende vertigini e acufeni.

Clinicamente si può sospettare la presenza di bruxismo quando si verifica una di queste condizioni:

- vi è la coscienza di dignignamento o serramento dei denti;
- sono presenti lesioni dentali;
- sono presenti affaticamento o dolore ai muscoli masticatori;
- è presente un esagerato ingrossamento dei muscoli della guancia durante il serramento volontario dei denti;
- cefalea di vari tipi
- dolori cervicali e/o alle spalle
- vertigini
- acufeni, tintinii, rumori all'orecchio
- sonno disturbato.

Cause

La causa del bruxismo prevede con certezza una multifattorialità.

Una prima ipotesi, ritenuta superata da tempo, ipotizzava che interferenze nell'occlusione dentale potevano scatenare questa attività. Altri studiosi suggeriscono che il bruxismo sia legato allo stress ("con eccesso di energia") in quanto l'associazione è costantemente notata dai pazienti stessi. Maggiori conferme trova l'ipotesi che il bruxismo faccia parte di una SAR (sleep aurosal response) o che sia espressione di una alterazione del sistema dopaminergico.

Altre cause comprendono alterazioni del sistema endocrino, carenze nutrizionali, squilibri enzimatici. Viene data qualche importanza all'impiego di farmaci che possono coinvolgere l'attività muscolare provocando bruxismo, tra questi alcuni neurolettici ed antidepressivi (venlafaxina, fluvoxamina) (Vedi Tabella 1).

TABELLA 1

- Bruxismo primario o idiopatico
- Bruxismo secondario
- Associato a problemi del tavolato occlusale

- 2) Associato a farmaci o altre sostanze (inibitori del reuptake delle catecolamine, antagonisti della neurotrasmissione dopamnergica)
- 3) Associato a disturbi del sonno
- 4) Associato a disturbi neurologici
- 5) Associato a disturbi psichiatrici
- 6) Associato ad altre patologie (carenze nutrizionali, disturbi sistema endocrino).

Diagnosi

La polisonnografia è l'esame diagnostico preferito per identificare l'entità di diverse patologie del sonno: il russamento, l'apnea ostruttiva e quindi anche il bruxismo (lieve o grave).

Lo studio polisonnografico è un esame complesso che prevede la misurazione della pressione arteriosa, frequenza cardiaca, l'elettroencefalogramma, l'elettrocardiogramma, il respiro, il flusso oronasale, la saturazione di ossigeno, la registrazione elettromiografica di superficie dei muscoli. Si può svolgere nei laboratori del sonno in forma completa mediante ricovero notturno, dove è possibile una sorveglianza visiva continua. Importante è poi la valutazione numerica del bruxismo per la quale rimandiamo ai testi di odontotecnica.

Le fasi del sonno

Per studiare il bruxismo è necessario conoscere almeno le fasi del sonno essendo implicate a livello fenomenologico in quanto un numero modesto di contrazioni muscolari è presente in tutte.

Il primo stadio è una fase di transizione tra veglia e sonno e il secondo stadio vede il principio di addormentamento; si assiste ad un rallentamento delle onde elettriche del cervello ("alfa"), ma la persona, in queste fasi, è facilmente risvegliabile. Successivamente si entra in una fase più profonda, caratterizzata da onde elettroencefalografiche sempre più lente: stadi 3 e 4 (onde gamma ed onde delta).

Non raggiungere questa fase di sonno profondo significa non riposare efficacemente, come succede nel paziente affetto da forme gravi di bruxismo, e in diverse altre patologie del sonno. I bruxisti concentrano la loro parafunzione nelle fasi 1 e 2 del sonno; nelle fasi 3 e 4 le contrazioni muscolari bruxistiche sono simili fra il gruppo "patologico" e il gruppo "normale"; dati contrastanti invece nel sonno REM.

1) Fattori psicologici

Stress e tratti di personalità, sono frequentemente menzionati in relazione al determinarsi del bruxismo. A livello neurofi-

siologico possiamo schematizzare come lo stato emozionale dell'individuo sia controllato dall'ipotalamo, dal sistema reticolare e soprattutto dal sistema limbico. L'influenza di questi centri si effettua tramite l'attivazione delle fibre fuso-motorie, che determinano la contrazione delle fibre muscolari intrafusali. I fusi vengono così sensibilizzati a tal punto che i muscoli possono venir contratti di riflesso in seguito a qualsiasi minimo allungamento muscolare. Si determina così un'iperattività muscolare che, nei casi di particolare tensione emotiva, può portare al dignrignamento o serramento dei denti, anche in assenza di qualsiasi tipo di interferenza occlusale. Viene descritta una iperstimolazione del nucleo motorio del nervo trigemino.

Per quanto riguarda la personalità (con alti tratti nevrotici), i soggetti affetti da bruxismo differiscono dai soggetti di controllo per la presenza di maggiori livelli di ostilità, depressione e sensibilità allo stress. I bambini bruxisti sono apparentemente più ansiosi dei non bruxisti mentre i cinquantenni bruxisti solitamente sono single e hanno livelli di istruzione superiore. I dolori tendono ad essere maggiormente disabilitanti la mattina al risveglio rispetto alle altre ore diurne e nei soggetti ansiosi qualsiasi forma di cefalea mattutina determina uno stato di allarme con una alimentazione dello stato ansioso.

In alcune personalità lo stress può rappresentare un aumento di tensione (eccesso di energia) che determina agitazione o altra manifestazione violenta, in altre personalità, timide, insicure, si possono manifestare ulcera gastrica, ipertensione, disturbi cardiaci, cefalee ed anche il bruxismo. Viene riportata una diminuzione importante del fenomeno bruxismo quando diminuisce lo stress della persona.

Dal punto di vista psicoanalitico l'attività parafunzionale rappresenta una regressione alla fase orale dello sviluppo nella quale la bocca viene usata per sfogare la frustrazione, lo stress e la rabbia.

2) Fattori Neurologici

In relazione al bruxismo sono stati descritti traumi cerebrali, l'infarto dei gangli della base, la paralisi cerebrale, la sindrome di Down, l'epilessia, la malattia di Huntington, la malattia di Leigh, la setticemia meningo-coccica, l'atrofia multipla sistemica, l'ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), l'atrofia olivo-ponto-cerebellare.

Tuttavia i fattori neurologici più frequenti sono rappresentati dal Morbo di Parkinson, la Sindrome di Gilles de la Tourette, la Sindrome di Rett e le demenze, che come già accennato vedono coinvolta un'alterazione dei sistemi

gabaergico e dopaminergico, in modo più o meno grave.

3) Fattori Psichiatrici

Tra i fattori psichiatrici devono essere presi in considerazione il Disturbo Ossessivo Compulsivo, i soggetti affetti da Dipendenza da Sostanze (anfetamine, anfetamino-simili, cocaina, alcool). Nei forti fumatori, dipendenti da nicotina, questa stimola l'attività centrale dopaminergica.

I disturbi d'ansia, infine, possono prevedere la presenza di bruxismo, anche diurno, ed al di là dell'inquadramento diagnostico-nosografico, in soggetti ansiosi il sintomo della cefalea al risveglio, frequente in questi casi, alimenta ansia e rimuginazione ipocondriaca.

Trattamento

Poiché il bruxismo è una manifestazione che vede una multifattorialità si dovrebbe intervenire a livelli distinti. Il primo specialista coinvolto è certamente l'odontoiatra il quale spesso per ridurre i danni provocati utilizza una "placca masticatoria" mobile, il bite, che ha sia una funzione protettiva poiché agi-

sce come una barriera evitando il contatto diretto tra le cuspidi dei denti sia permette di modificare la posizione della mandibola, migliorando l'attività dei muscoli e i rapporti tra le strutture delle articolazioni temporo-mandibolari.

Utile l'applicazione di tecniche di rilassamento, come il Training Autogeno e il Rilassamento Muscolare Progressivo di Jacobson. Queste permettono di prendere coscienza del proprio livello di tensione muscolare, con la conseguente induzione di rilassamento.

A livello psicologico sono necessari colloqui di sostegno e/o maggiormente strutturati per individuare le cause originarie dello stress.

In altri casi, soprattutto per i disturbi d'ansia e per i DOC dove l'intervento è più complesso sono previsti farmaci psicoattivi quali Benzodiazepine (a basse dosi) e serotonergici. Altri farmaci quali miorilassanti, calcio antagonisti e la clonidina sono impiegati più raramente. Utile è risultato l'impiego di propranololo e carbamazepina. **TM**

Info: banialex@virgilio.it

CORSI E SEMINARI

I NANO-ELEMENTI: GRANDISSIMI ALLEATI NELLA DIAGNOSI E NELLA TERAPIA

Lyceum Club Internazionale di Firenze

Via Alfani 48

Giovedì 26 maggio - ore 18

Sezione Scienze e Agricoltura Con il Patrocinio della Regione Toscana MAURO FERRARI

Ingresso libero

LEONARDO CORCOS

Dottore...le calze elastiche proprio non le sopporto!



La diagnosi emodinamica delle malattie delle vene è ancora oggi identificata soltanto nell'eco-color-Doppler, che fornisce dati morfo-funzionali segmentari, ma è incapace di fornire valutazioni globali del difetto vascolare.

L'unico metodo emodinamico validato internazionalmente è la pletismografia venosa ortodinamica che, attraverso la valutazione dei volumi ematici spostati dall'esercizio, permette di quantificare, non solo l'occlusione venosa o l'insufficienza valvolare, ma anche e soprattutto l'efficienza delle pompe veno-muscolari periferiche. Il calcolo degli indici di pressione venosa (IPV) ortodinamici,

o "deambulatori", forniscono dati analoghi espressi in termini di mmHg. Il calcolo degli IPV ortostatici invece permette di valutare la sola funzione venosa ed ottenere dati separati dei singoli, differenziare la MVC dalla IVC propriamente detta e quantificarne il danno funzionale. Soltanto l'insieme di eco-color-Doppler, pletismografia e flebotensiometria può definirsi "diagnostica emodinamica" delle flebopatie e definirne in dettaglio le caratteristiche fisiopatologiche.

Anche in flebologia il progresso culturale e tecnologico non sempre va d'accordo con il progresso clinico, come nella selezione ed applicazione dell'elastocompressione (EC),

Leonardo Corcos, specialista in Chirurgia Generale, Vascolare e d'Urgenza. Membro Fondatore della Società Italiana di Flebologo (SIFL) Istituto di Ricerche Cliniche Prosperio. Firenze



Figura 1- Guerriero con bendaggi per il trattamento di un linfedema cronico.
Una delle graffiti murali reperite nelle grotte di Tassili, risalenti a circa 8.000 anni fa.

presidio indispensabile nel trattamento elettivo o complementare di qualunque flebopatia degli arti inferiori. Il presidio fondamentale è rappresentato dalle calze elastiche che rallentano la progressione spontanea della malattia e delle sue complicanze e riducono la sintomatologia ed il rischio trombotico.

Lo scopo dell'EC è quello di esercitare una contropressione "adeguata". Le calze elastiche sono classificate in base allo spessore e tensione del tessuto, in denari, o meglio espressa in mmHg equivalenti alla contropressione esercitata, variabili da 8-10 mmHg fino a di 40 mmHg e oltre. La classe di EC

viene ancora oggi valutato soltanto sulla base della severità clinica e non su parametri emodinamici.

Non è affatto raro sentirsi dire appunto: "dottore... le calze elastiche proprio non le sopporto !". Almeno il 12% dei soggetti appare intollerante alla compressione elastica con calze. Più raramente accade l'opposto, ovvero che le calze siano ben tollerate ma insufficienti allo scopo. La soluzione del problema risiede nel calcolo sistematico degli IPV differenziali corrispondenti appunto alla contropressione necessaria ed "adeguata" mediante la flebotensiometria incruenta.

La sua storia ha inizio nei primi del 1700 con metodi invasivi. Nel 1984 l'Angiologo romano Mauro Bartolo ha perfezionato il metodo non invasivo, ottenuto con uno sfigmo-manometro ed una sonda Doppler, ed ha pubblicato un'analisi di oltre 8.000 casi patologici e normali a confronto, studiati in ortostatismo ed ortodinamismo. I risultati sono apparsi statisticamente significativi ed il metodo è stato accettato dai pazienti ben più di quello cruento, ma la Comunità Scientifica ancora non considera valido il metodo poiché non è in grado esprimere valori in termini fisici idrostatici in cm di acqua o in mmHg., come se si trattasse di un sistema meccanico. Infatti il metodo incruento risente della temperatura ambiente, dell'accuratezza dell'operatore, delle caratteristiche meccaniche della strumentazione utilizzata, delle condizioni biologiche e fisiopatologiche del paziente, molto più del metodo invasivo e di qualunque altro esame emodinamico non invasivo.

Nel corso degli ultimi 30 anni abbiamo introdotto la flebotensiometria incruenta nella pratica clinica, sfruttandone i vantaggi diagnostici e terapeutici. L'esperienza su migliaia di arti normali e patologici, dei quali oltre 2.000 analizzati, ha portato conclusioni statisticamente significative. I valori, fisiopatologici e non idrostatici, vengono quindi denominati "Indici di Pressione Venosa". L'esame è semplice, economico, ripetibile. Gli IPV risultanti possono modificare l'orientamento diagnostico e terapeutico nel trattamento della MVC, IVC e delle VAI, permette di progettare con maggiore esattezza la maggior parte degli interventi chirurgici sui sistemi venosi e controllare i risultati clinici mediante un parametro emodinamico di semplice interpretazione. Nelle flebopatie superficiali sono apparsi significativi soltanto gli IPV ortostatici; in quelle profonde, che sono componenti delle cosiddette "pompe veno-muscolari periferiche" insieme alla funzione dell'apparato locomotore, sono apparsi più significativi quelli dinamici (o deambulatori).

Ma, come in tutte le analisi statistiche, esistono intervalli compresi fra valori massi-

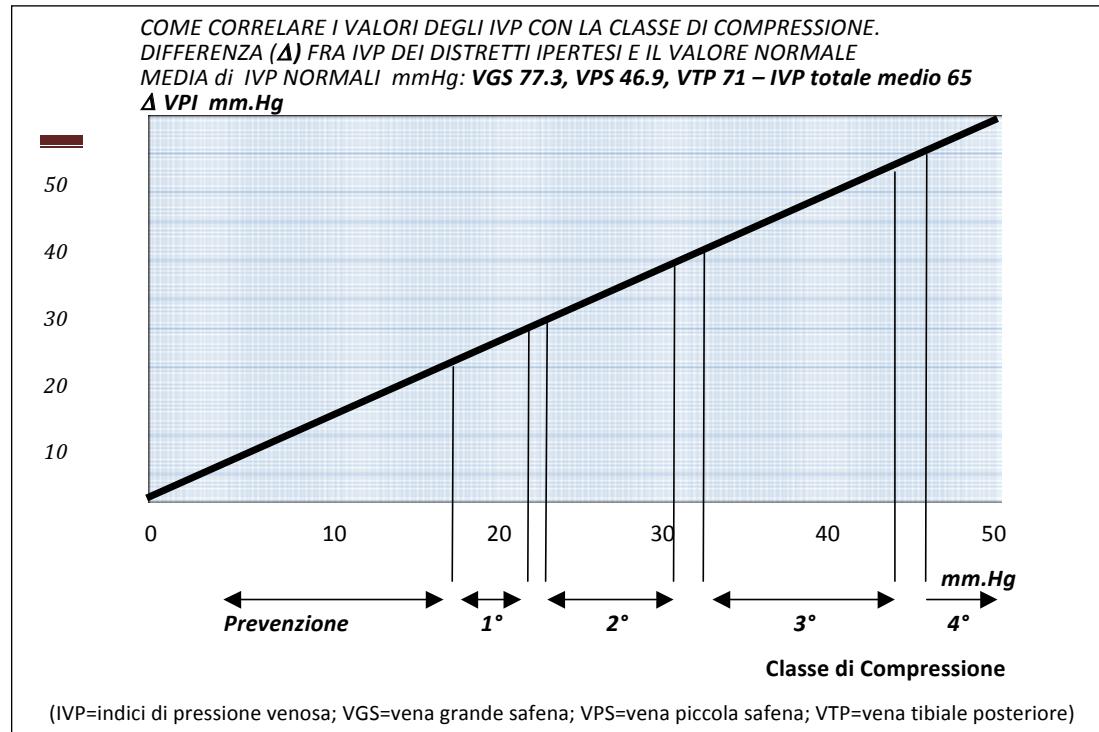


Figura 2

mi e minimi, ove si collocano gli arti con IVP superiori o inferiori alla media. Da qui un inquadramento oggettivo dei casi che possono rivelarsi potenzialmente soggetti intolleranti all'EC. Il valore del gradiente di contropressione corrisponde alla differenza risultante fra gli IVP massimi e la media dei valori normali, come illustrato nella Figura 2.

In tutti i nostri casi sono state applicate calze di gradazione valutata sulla base di tali criteri. Da un questionario fornito a 96 pazienti è risultato che sono state prescritte le seguenti classi di compressione: la 1° in 33 casi (34.3%), la 2° in 46 (47.7%), la 3° in 2

(2.08%) e quelle da prevenzione <18 mmHg in 15 (15.6%). Nel 97.5% dei casi è stata ottenuta una remissione dei sintomi senza nessuna intolleranza all'EC con calze.

Perfino all'automobile si misura la pressione prima di gonfiare o sgonfiare le gomme...

L'esperienza prosegue senza smentire la teoria ed i risultati fin'ora ottenuti. La Flebotensiometria incruenta è attualmente oggetto di ulteriori approfondimenti ed evoluzioni tecnologiche. **TM**

Info: corcosleonardo.md@virgilio.it



L'editore di Toscana Medica offre prezzi ottimi per i medici

Inviate le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita



Nel fugace, l'eterno

con racconti e poesie di
Donato Matera



4 PASSI
SUI SENTIERI DELLA MENTE

Appunti di viaggio intorno alla psicologia umanistica



Le Infermiere Volontarie CRI di Grosseto
durante la Seconda Guerra Mondiale

Episodi, documenti ed immagini

a cura di
Maria Emanuela Mancuso Gori

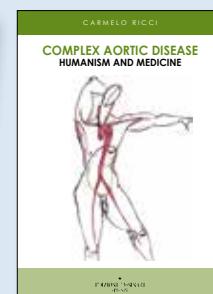
EDIZIONI TASSINARI



La mia vita e le origini
della nostra famiglia

a cura di
Nata Camerino Meyer

EDIZIONI TASSINARI



CARMELO RICCI

COMPLEX AORTIC DISEASE

HUMANISM AND MEDICINE

Edizioni Tassinari

1999 - 199 pag.

120.000 lire



F. MATASSI*, P. CIPRINI*, S. SODERI*, L. SIRLEO*, M. INNOCENTI*

Instabilità di rotula: nuove opzioni chirurgiche

Fabrizio Matassi è medico chirurgo ortopedico e Dottorando di Ricerca c/o la Clinica Ortopedica dell'Univ. di Fl diretta dal Prof. Massimo Innocenti. Si occupa di chirurgia del ginocchio e traumatologia dello sport. Perfezionato nel trattamento delle patologie dello sport c/o la KU di Leuven in Belgio diretta dal Prof. Johan Bellemans. Nel 2014 vincitore della prestigiosa European Arthroscopy Fellowship, che gli ha permesso di visitare i principali centri di traumatologia dello sport di Francia, Austria, Spagna, Portogallo Svizzera e Slovenia.

L'instabilità di rotula è definita come la fuoriuscita della rotula dalla sua normale sede di scorrimento sulla troclea femorale che rappresenta il solco femorale di scorrimento rotuleo durante il movimento di flesso-estensione del ginocchio (Figura 1). Generalmente tale lussazione tende a manifestarsi lateralmente anche se in alcuni rarissimi casi può essere mediale. Rappresenta un problema complesso dalle molteplici cause potenziali. È per questo importante capire il meccanismo della lesione e cercare di identificare tutte le cause che possono averla determinata in modo da trattare specificamente ogni forma d'instabilità. Il trattamento della lussazione di rotula è generalmente in prima battuta conservativo e riabilitativo ma nei casi di ricorrenza della patologia è necessario un intervento chirurgico di stabilizzazione.

Quali sono le cause?

Le cause che determinano la lussazione possono essere congenite o traumatiche.

Nelle forme **congenite** esistono delle "anomalie" ossee o legamentose che possono causare la lussazione come ad esempio una rotula eccessivamente alta, un tendine rotuleo eccessivamente lateralizzato, una conformazione troppo "piatta" e poco contenitiva della troclea femorale o una insufficienza dei legamenti mediali che mantengono la rotula nella loro sede (Figura 2 A-B).

Le forme **traumatiche** invece avvengono generalmente in assenza di fattori predisponenti in cui il trauma rappresenta il principale determinante della lussazione della rotula. Si tratta frequentemente di un trauma distorsivo del ginocchio o di un trauma diretto sulla regione mediale della rotula che determina la sua lussazione verso l'esterno (Figura 3).

Come si fa diagnosi?

La diagnosi della lussazione di rotula è in prima istanza clinica e si basa sulla raccolta di una anamnesi accurata e sulla visita del paziente che presenta segni di eccessiva lassità rotulea e anomalie nella traslazione della rotula durante la flesso estensione (Figura 4). Di fronte ad un episodio acuto di lussazione della rotula è mandatorio eseguire delle radiografie del ginocchio per escludere la presenza di eventuali fratture o grossolani distacchi osteocondrali.

Tuttavia una diagnosi più accurata che consente di meglio definire l'entità del trauma è data dalla risonanza magnetica. Con questo esame si può osservare lo stato dei retinacoli mediali ed in particolare del legamento patello-femorale mediale che è il principale stabilizzatore statico della rotula e che impedisce la lussazione laterale della rotula. È possibile inoltre ricercare la presenza di eventuali frammenti osteocondrali, non visibili alle radiografie e identificare se sono presenti fattori predisponenti alla instabilità come l'altezza della rotula, la posizione del tendine rotuleo rispetto al solco di scorrimento della rotula e la posizione della rotula rispetto al femore.



Figura 1. Lussazione laterale di rotula con la flessione del ginocchio.

* Clinica Ortopedica,
Università degli Studi di
Firenze
CTO Firenze - AOUC
Careggi

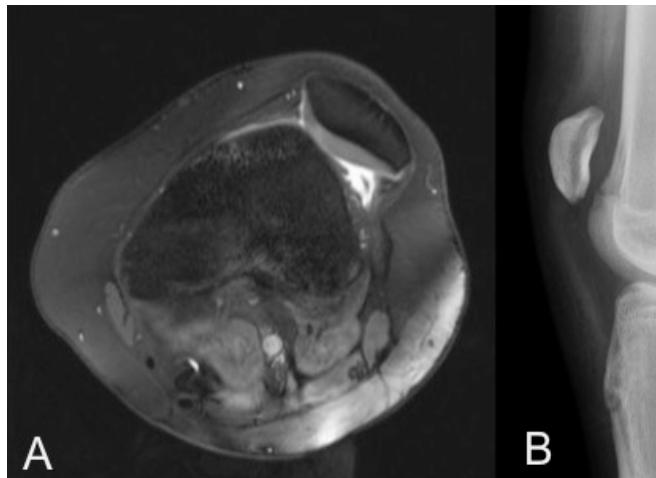


Figura 2. A. Alla risonanza magnetica si evidenzia una troclea femorale poco pronunciata (displasica) per accogliere la rotula. B. Nella radiografia laterale di ginocchio in questo caso si ha una rotula alta collocata al di sopra della troclea femorale.

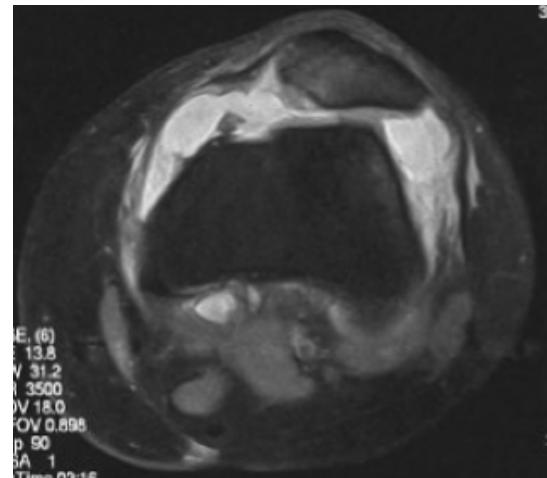


Figura 3. Episodio traumatico di lussazione di rotula con grave lesioni dei legamenti medi.



Figura 4. La visita del paziente testa la traslazione in senso medio laterale della rotula che risulta eccessiva nei casi di instabilità.



Figura 5. Ricostruzione del legamento patello femorale mediale mediante una piccola incisione sul bordo mediale della rotula. La funzione di questo legamento è quella di "trazionare" la rotula medialmente e impedire la sua lussazione verso l'esterno.

Come si tratta?

Generalmente dopo la prima lussazione di rotula il trattamento è conservativo e si basa principalmente su esercizi di riequilibrio muscolare quadricipitale, di rinforzo del vasto mediale obliquo (VMO), taping, esercizi propriocettivi che hanno la funzione di centrare la rotula nel proprio solco. A questi vanno aggiunti antiinfiammatori e terapie fisiche per il controllo del dolore. Fanno eccezione i casi in cui si hanno dei frammenti osteocondrali che si sono distaccati dalla rotula o dal femore che devono essere necessariamente rimossi per via artroscopica o i casi in cui si ha una grave lesione dei legamenti mediari in cui la ricostruzione chirurgica deve essere immediata (Figura 3.).

Quando il trattamento conservativo fallisce e la lussazione recidiva è tuttavia necessario un trattamento chirurgico mirato. Dopo aver valutato accuratamente le cause determinanti la lussazione è necessario procedere alla ricostruzione dei legamenti lesionati e alla correzione delle deformità presenti.

Ricostruzione del legamento patello-femorale mediale. (Figura 5)

È un intervento recentemente messo a punto e che consiste nella ricostruzione dei legamenti mediari della rotula che la stabilizzano impedendo la sua lussazione esterna. Un piccolo tendine, generalmente il gracile, viene prelevato dal paziente mediante una picco-

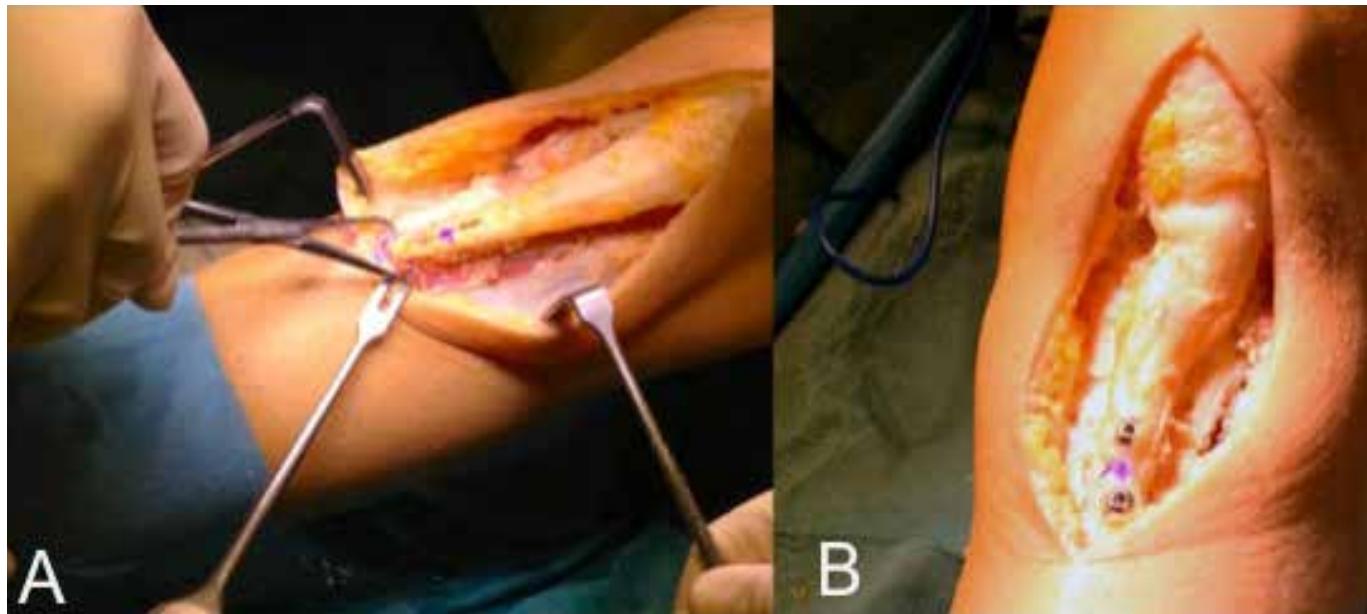


Figura 6 A. Distacco del tendine rotuleo con bratta ossea e suo spostamento in basso per abbassare la rotula. **B.** La bratta ossea viene poi fissata con due viti sulla tibia.

la incisione e fissato a livello sia rotuleo che femorale in modo da ricreare i legamenti lesionati. Il legamento deve essere posizionato correttamente in modo che sia isometrico ovvero che mantenga la stessa tensione durante tutto l'arco di movimento del ginocchio. Solo ricreando una perfetta anatomia di questo legamento è possibile ripristinare una sua corretta funzionalità nello stabilizzare la rotula.

Trasposizione della tuberosità tibiale (Figura 6 A-B)

L'intervento consiste nel distaccare il tendine rotuleo con una parte di osso su cui il tendine si inserisce (bratta ossea) e fissarlo in un punto più basso sulla tibia in modo da abbassare la rotula. In alcuni casi può essere indicato anche spostare il tendine rotuleo medialmente in modo da ridurre le forze che spingono la rotula verso l'esterno e quindi riducendo il rischio di lussazione. Tali interventi vengono eseguiti solo quando alla lussazione di rotula si associa una grave anomalia di altezza della rotula stessa. Tale procedura viene eseguita associata alla ricostruzione del legamento mediale della rotula precedentemente illustrata e descritta.

Rimodellamento della troclea femorale (trocleoplastica)

Si tratta di un intervento molto raro che viene eseguito solo nei casi di grave anomalia del femore in cui il solco femorale è poco profondo e non permette di accogliere la rotula al

suo interno. L'intervento consiste nel sollevare la cartilagine dalla parte anteriore del femore e nel modellare attraverso delle frese e degli appositi strumenti motorizzati un solco femorale su cui poi far aderire la parte cartilaginea.

Recupero post-intervento

La degenza media per questo tipo di interventi è di un giorno. Al paziente viene consegnato un protocollo di riabilitazione a cui dovrà attenersi scrupolosamente, dove sono indicati settimana per settimana gli esercizi che devono essere praticati e il carico che viene concesso.

Potrà fin da subito camminare con due stampelle appoggiando il piede a terra con carico variabile a seconda del tipo di intervento che viene eseguito. Dovrà indossare un tutore di protezione con barre laterali per alcune settimane per gli spostamenti e le attività quotidiane. L'arco di movimento totale è raggiunto dopo 6 settimane e le attività sportive vengono riprese a 5 mesi dall'intervento.

Conclusione

L'instabilità di rotula è un problema complesso che riconosce molteplici cause e fattori determinanti. È importante una valutazione esperta per poter intraprendere il trattamento più adeguato per il paziente in base al tipo di lesione e alle deformità che possono essere presenti.

TM

Info: fabriziomatassi@gmail.com

M. MARTELLONI, S. D'ERRICO¹

L'importanza di chiamarsi "esperto": certificazione o autoreferenzialità dell'expert witness in materia di responsabilità professionale?

A lungo la dottrina medico-legale si è soffermata sul ruolo del consulente tecnico medico-legale e sul metodo che deve ispirarne l'attività peritale; resta tuttavia ancora troppo ampio il gap tra teoria e prassi. Il peccato originale è, a ben vedere, da rinvenirsi nella mancata, preventiva e chiara definizione di criteri qualitativi, che oggi appaiono irrinunciabili e non più procrastinabili, in grado di "certificare" le competenze e le conoscenze dell'expert witness.

Il problema, sentito in ogni ambito del diritto, si amplifica ed esaspera nell'accertamento della responsabilità medica dove, per utilizzare le parole di Blaiotta, *"la mancanza di cultura scientifica dei giudici, gli interessi che talvolta stanno dietro le opinioni degli esperti, le negoziazioni informali oppure occulte tra i membri di una comunità scientifica, la provvisorietà e mutabilità delle opinioni scientifiche, addirittura in qualche caso la manipolazione dei dati, la presenza di pseudoscienza in realtà priva dei necessari connotati di rigore, gli interessi dei commitmenti delle ricerche"* rappresentano un pericolo concreto per l'amministrazione della giustizia.

Se è vero come è vero dunque che di fronte a tale situazione *"il giudice non può certamente assumere un ruolo passivo di fronte allo scenario del sapere scientifico, ma deve svolgere un penetrante ruolo critico, divenendo custode del metodo scientifico"*, ciò non può bastare, ma deve necessariamente passare **attraverso una qualificazione della figura del consulente tecnico**.

A oggi non esistono standards uniformi in grado di qualificare il consulente tecnico e questo rappresenta, evidentemente, un punto di debolezza nel sistema giudiziario, atteso il ruolo, talora decisivo dell'esperto sull'esito processuale.

In assenza di criteri condivisi, il rischio di una *unscrupulous witness* è quanto mai concreto e

le ripercussioni sulle vicende giudiziarie gravissime, in relazione ai diversi ambiti del diritto.

Imporre criteri di esigibilità sui quali basare la nomina del consulente tecnico sembrerebbe dunque rappresentare la soluzione più ovvia al problema. La letteratura scientifica internazionale a più riprese ha invocato un intervento delle Società Scientifiche per la creazione di un albo di consulenti qualificati cui attingere a seconda delle esigenze di giustizia ed individuati sulla scorta di criteri qualificanti (produzione scientifica, attività didattica, comprovata esperienza "sul campo", conoscenze sui diversi temi della medicina) all'interno di un percorso certificativo formalmente riconosciuto.

In questo senso non v'è chi non veda il ruolo di garante che devono rivestire le Società Scientifiche nella stesura di albi nazionali di consulenti tecnici per le diverse discipline della medicina e nella attività di review sul contenuto delle consulenze tecniche redatte dagli esperti. È il modello applicato sin dal 1998 dall'*American Medical Association House of Delegates* che costituisce un organismo di controllo della qualità dell'expert witness che può incorrere in sanzioni disciplinari o vedere revocata la propria abilitazione alla professione medica in caso di parere falso o scientificamente discutibile.

Non v'è dubbio, che la necessità di "certificare" l'esperto e di standardizzare e regolamentare l'attività di review dei pareri espressi dai consulenti tecnici rappresentano esigenze cui il sistema della giustizia e la stessa disciplina medico-legale non possono più sottrarsi.

La qualificazione dell'esperto, passa evidentemente anche attraverso l'applicazione rigorosa nella pratica peritale di un esercizio metodologico rigoroso fatto di osservazioni fondate statisticamente e probabilistiche attraverso cui risalire ad ogni antecedente causale di un evento, sottolineandone i caratteri e le modalità



Massimo Martelloni,
Direttore S.C. Medicina
Legale e Clinical Risk
Manager Azienda USL2
di Lucca

d'azione ed interazione nel complesso processo che conduce all'evento stesso. Si tratta del metodo criteriologico che, ove correttamente adottato, rappresenterebbe esso stesso momento di autovalutazione (Tabella 1).

Fondato su osservazioni di valore statistico e di alta probabilità, il metodo criteriologico consta della raccolta di tutti i dati inerenti l'ambito biologico e risale ad ogni antecedente causale di un evento, sottolineandone altresì con puntuale chiarezza e discernimento i caratteri, specificando ove possibile, se detti antecedenti, eventualmente con prevalenza o priorità biologicamente documentabili, abbiano o no concorso al realizzarsi dell'evento. In altri termini, parafrasando Fineschi, è necessario abbandonare, la costante necessità di riferirsi a criteri d'indole generale, aventi forza di assioma anche in situazioni che per loro stessa natura rifuggono da un rigido inquadramento normativo, perseguito, invece, analogamente e in sincronia con la dottrina medico-legale, uno studio fenomenologico più affine all'empirismo che, fondandosi sul rilievo oggettivo dei fatti, consenta d'individuarne volta a volta l'essenza, la causa e la rilevanza giuridica, in un costante e proficuo intento collaborativo fra dottrina e pratica, riportando il criterio alla realtà di ogni evenienza. Sullo sfondo di questo scenario, attesa la sua rilevanza nella dinamica processuale, il consulente tecnico e quindi la consulenza tecnica medico-legale, non possono più sottrarsi all'onere di abbandonare una volta per tutte, vecchi percorsi valuta-

tivi per acquisire ed assolvere, finalmente, una effettiva funzione documentaria, enunciando le evidenze in maniera chiara ed espressiva delle metodologie seguite per acquisirle, analizzando le condotte con oggettiva (ed oggettivata) sicurezza, pronunciando specie in caso di condotta omissiva del sanitario, la potenzialità di condotte diverse, con procedimento controfattuale, conferendo al legame tra condotta ed evento i materiali più idonei forniti dalle leggi naturali, dalle leggi scientifiche, dalle linee-guida, dai coefficienti convergenti (epidemiologici) e in definitiva probabilistici, ma assunti e offerti non in forma di preteso giudizio conclusivo del consulente, ma come elemento oggettivo per un giudizio traghettato oltre la squassante corrente del ragionevole dubbio.

Il medico-legale così compone gli elementi specifici od oggettivi a disposizione, ponendoli assieme nel modo più plausibile, per poi decidere quale tra le spiegazioni scientifiche collima con la attualità proposta, (pesatura delle evidenze), offrendo al Giudice la scrematura valoriale di tesi concorrenti, indicando in ultimo la forza associativa in termini qualitativi di pro e contro. Al Giudice, infine, spetta il compito di verificare se una decisione è presa basandosi sugli standard WEO (weight of evidence): il numero di studi, la forza dell'associazione, l'ampiezza e coerenza delle prove, il potere di correlazione e di plausibilità biologica. TM

Info: m.martelloni@uslnordovest.toscana.it

STANDARD QUALITATIVI DELLA CONSULENZA TECNICA	PERCORSI VALUTATIVI DA EVITARE
Esame degli atti (riproduzione fedele della documentazione sanitaria a disposizione): cartelle cliniche, esami di laboratorio, esami strumentali, sommarie informazioni di persone informate sui fatti, verbale di denuncia-querela, ecc.	Indeterminatezza ed approssimazione nella presentazione delle evidenze
Esame obiettivo: puntuale e completo, corredata di documentazione fotografica, se necessaria.	Puntigliosa ricerca e arbitraria proclamazione della verità assoluta
Iter clinico: riproposizione analitica della vicenda assistenziale, desunta sulla scorta dell'esame degli atti, rispettosa della cronologia degli eventi.	Attrazione suggestiva verso l'aumento del rischio
Il dato scientifico: richiami fisiopatologici che contribuiscono ad inquadrare la fattispecie morbosa, percorsi diagnostici e terapeutici, prognosi quoad vitam/valitudinem, incidenza delle complicanze, sulla scorta di leggi scientifiche di copertura, rappresentate da: linee guida, che esprimono un convincente ed auspicabile generale indirizzo sulla essenzialità di un momento diagnostico o terapeutico; documentazioni scientifiche sul grado di efficacia del momento diagnostico-terapeutico in questione; quadri di riferimento sull'usuale decorso dell'affezione regolarmente diagnosticata e trattata, anche in termini di sopravvivenza, secondo una traslazione concettuale della criteriologia prognostica	Enfasi sull'estrema irregolarità dell'evento
Analisi del nesso causale tra condotta (omissiva/commissiva) ed evento: verifica attenta e puntuale della fondatezza del dato scientifico fornito a sostegno delle proprie argomentazioni e della specifica applicabilità nella fattispecie concreta. Necessità che i coefficienti probabilistici espressi dalle leggi scientifiche siano corroborati dal positivo riscontro probatorio. Conferire al legame causale (che verrà meglio affermato dal giudice) i materiali più idonei forniti dalle leggi naturali, dalle leggi scientifiche, dalle linee guida, dai coefficienti contraddittori (epidemiologici) e in definitiva probabilistici ma assunti e offerti non in forma di preteso giudizio conclusivo ma come elemento oggettivo per il giudizio.	Utilizzo di fonti scientifiche, non completamente calate nella realtà della dinamica processuale del singolo caso o non applicabili alla fattispecie concreta

Tabella 1

DANIELE DIONISIO

Nuove norme UE anticontraffazione farmaceutica

Le "cattive medicine" rappresentano una grave minaccia per la salute perché, oltre ad essere inutili, possono uccidere o facilitare la diffusione di microbi resistenti alle cure

Il 9 febbraio 2016 la Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea (UE) ha pubblicato il Regolamento delegato in concreta attuazione della Direttiva 2011/62 sui Medicinali Falsificati (Fake Medicine Directive).

Secondo l'EMA (Agenzia Europea dei Medicinali), il nuovo sistema sarà in grado di impedire l'ingresso dei farmaci contraffatti nella filiera legale, renderà più trasparente ed affidabile l'acquisto on line dai siti certificati (legale in Europa dal 1° luglio 2015), e migliorerà il controllo sui farmaci scaduti, revocati, ritirati e rubati.

Il sistema si basa sull'apposizione di caratteristiche di sicurezza (un dispositivo anti-mamonmissione e un identificativo univoco rappresentato da un codice a barre bidimensionale) sull'imballaggio dei medicinali per uso umano. Le parti interessate sono tenute all'apposizione delle caratteristiche predette non oltre il 9 febbraio 2019.

All'interno del codice a barre bidimensionale saranno registrati: il codice AIC (autorizzazione immissione in commercio) del farmaco, l'identificativo unico di ogni confezione, il numero di lotto, la data di scadenza e, eventualmente, il codice di rimborso nazionale.

Rientrano nel sistema tutti i medicinali etici (esclusi i farmaci omeopatici, le soluzioni, i solventi, alcuni test allergologici e pochi altri) e alcuni farmaci senza obbligo di ricetta.

Ogni Paese sarà tuttavia libero di estendere l'apposizione ad altre classi terapeutiche.

Il sistema opererà a monte (industria) e all'atto della dispensazione, e i vari archivi si confronteranno con la piattaforma europea che annullerà, all'atto della dispensazione, l'identificativo unico (in pratica impedendo che un medesimo farmaco possa essere venduto due volte).

L'EMA ha formulato un Piano di implementazione per la normativa; nel contempo, la Direzione Generale Salute della Commissione UE ha reso disponibile un documento di "Domande e risposte".

Il ruolo dell'Italia

Nella lotta alla contraffazione l'Italia è in linea con la Direttiva Europea 2011/62, di fatto recepita con il Decreto Legislativo n° 17/2014. Per certi versi l'Italia ha anzi normativamente giocato d'anticipo.

Infatti, il DM 15 luglio 2004 già consentiva di monitorare, anche informaticamente, tutte le transazioni di farmaci nella filiera legale, attribuiva un codice identificativo a tutti i soggetti coinvolti nel ciclo di vita di un medicinale, e registrava le transazioni di tutte le confezioni trasmesse dagli attori della filiera in una banca dati centrale gestita dalla Direzione Generale del sistema informativo del Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali.

Successivamente, in linea con i DL 219/2006, DL 248/2006, e DL 274/2007, tutti i soggetti coinvolti nel ciclo di vita di un medicinale diventavano noti in quanto oggetto di un provvedimento di autorizzazione o di notifica della loro attività.

Dal 2007 il sistema italiano anti contraffazione si implementava, inoltre, con la task-force IMPACT Italia costituita da Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Carabinieri NAS, Ministero dello Sviluppo Economico e Agenzia delle Dogane. Questa collaborazione ha sviluppato iniziative come la cooperazione internazionale, l'analisi di intelligence della vendita di farmaci attraverso internet, il training e supporto agli investigatori, il monitoraggio delle reti illegali, la messa a punto di strumenti informatici da usare sul campo, l'informazione al pubblico, e la realizzazione di moduli online per la segnalazione di casi da parte degli utenti.

Per effetto della normativa descritta è improbabile in Italia la vendita in farmacia di medicinali non in regola poiché il sistema consente l'ingresso nella filiera legale solo a farmaci "autentici" provvisti di bollino ottico, identificando nel contempo i responsabili di eventuali attività illecite.



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/>

Un problema cruciale

L'urgenza della normativa anticontraffazione è indiscutibile solo pensando al forte trend di crescita del fenomeno, oggi non più circoscritto ai Paesi in via di sviluppo bensì esteso anche a quelli industrializzati. La contraffazione ingloba farmaci di marca e farmaci generici, medicinali salvavita e "life style saving". Un medicinale contraffatto può contenere le stesse sostanze di quello originale o sostanze/dosaggi diversi, può non contenere alcun principio attivo o addirittura può essere composto da ingredienti contaminati e pericolosi. Le diverse tipologie sono tuttavia accomunate dalla scarsa qualità in quanto la produzione, pur se con ingredienti non tossici, esula dalle norme di buona fabbricazione e distribuzione accettate a livello mondiale.

Sebbene la contraffazione interessa moltissimi farmaci, generici e di marca (antidolorifici, antipiretici, sedativi, antibiotici, cardiologici, antitumorali, antidiabetici, anti-AIDS, antimalarici, etc.), essa non configura reato in diversi Paesi poveri; e se alcuni governi africani lamentano import di medicinali contraffatti, non per questo controllano la qualità offerta dalle proprie fabbriche. Anche quando i colpevoli siano catturati, le pene restano lievi.

Peggio, la globalizzazione agevola la distribuzione via internet di medicine fuori regola ad un'infinità di networks mondiali dove più della metà dei prodotti in vendita è contraffatta.

Le "cattive medicine" rappresentano una grave minaccia per la salute perché, oltre ad essere inutili, possono uccidere o facilitare la diffusione di microbi resistenti alle cure.

Se cicli di antibiotici sotto dosati possono risul-

tare inefficaci o a rischio vita, centomila morti per malaria sono state annualmente registrate nella sola Africa per medicine di cattiva qualità.

L'industria della contraffazione vanta un fatturato di centinaia di miliardi di dollari, e immensi guadagni si realizzano con piccoli investimenti. In tal senso, l'India è tra le sedi più a rischio perché offre di base costi manifatturieri del 40% in meno che altrove.

La maggioranza dei farmaci contraffatti originano infatti in Asia, principalmente Cina e India e, se l'Africa è sotto tiro, il mondo occidentale non è risparmiato.

Le statistiche dell'Unione Europea indicano un incremento pari al 384% di falsi medicinali sequestrati nel 2006 rispetto a quanto avvenuto nel 2005. E secondo stime ritenute attendibili, la percentuale di medicinali contraffatti sul mercato globale si attesterebbe intorno al 7%, con punte significative del 50% in alcuni Paesi di Africa e Asia. Il 70% dei contraffatti oggetto di sequestro proviene dalla Cina. Nel 2011, 50 carichi dell'antinfluenzale 'Tamiflu', privi di principio attivo e di sospetta provenienza cinese, furono intercettati alle dogane in USA. Più o meno nello stesso periodo, circa il 68% del mercato del farmaco in Nigeria risultava dominato da medicine cinesi contraffatte, mentre l'Ufficio Investigativo Criminale di Taiwan rendeva noto il sequestro di farmaci contraffatti cinesi per un valore di 9 milioni di dollari.

Ancora nel 2012 in Cina 200.000-300.000 decessi erano imputabili a farmaci contraffatti.

TM

Info: d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE



Measures to help protect patients from falsified medicines http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2016/02/news_detail_002467.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1

COMMISSION DELEGATED REGULATION (EU) 2016/161

http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2016.032.01.0001.01.ENG

DIRECTIVE 2011/62/EU OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:174:0074:0087:EN:PDF>

Implementation plan for the introduction of the safety features on the packaging of centrally authorised medicinal products for human use http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2016/02/WC500201413.pdf

SAFETY FEATURES FOR MEDICINAL PRODUCTS FOR HUMAN USE: QUESTIONS AND ANSWERS http://ec.europa.eu/health/files/falsified_medicines/qa_safetyfeature.pdf

DECRETO LEGISLATIVO 19 febbraio 2014, n. 17 <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/03/07/14G00027/sg%20>

Lotta alla contraffazione farmaceutica

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/lotta-all-contraffazione-farmaceutica>

IMPACT Italia <http://www.impactitalia.gov.it/home.php>

The Global Pandemic of Falsified Medicines: Laboratory and Field Innovations and Policy Perspectives. *Am J Trop Med Hyg* April 20, 2015 <http://www.ajtmh.org/content/early/2015/04/16/ajtmh.15-0221.full.pdf+html>

A Flawed "Bad Medicine" Campaign. *Health Affairs Blog* October 18, 2011

<http://healthaffairs.org/blog/2011/10/18/a-flawed-bad-medicine-campaign/>

Farmaci contraffatti. Una minaccia globale

<http://www.saluteinternazionale.info/2012/04/farmaci-contraffatti-una-minaccia-globale/>

GAVINO MACIOCCO

Linee-guida all'americana

Come succede al riguardo in USA e UK?

Nella serata del 27 gennaio 2016 la Camera dei Deputati ha approvato la legge sulla responsabilità professionale che introduce, agli articoli 5 e 6, norme che riguardano la produzione e l'utilizzazione delle linee-guida. Prima di descrivere e commentare le nuove norme può essere utile vedere cosa succede nei due paesi che tradizionalmente sono – entrambi sotto l'egida del governo – i maggiori produttori di linee-guida, adottando però strategie completamente diverse.

USA

Negli USA, Linee-guida (LG) si occupa l'Agenzia governativa per l'assistenza sanitaria, la ricerca e la qualità (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ - <http://www.ahrq.gov/>). L'Agenzia – che dipende dal Ministero della sanità – ha varie competenze: sicurezza e rischio clinico, formazione, evidence based-medicine, banche dati di epidemiologia e economia sanitaria. Figlia dell'AHRQ è anche la struttura che fornisce le LG, National Guideline Clearinghouse (NGC - <http://www.guideline.gov/>). Questa la sua missione: *"The NGC mission is to provide physicians and other health professionals, health care providers, health plans, integrated delivery systems, purchasers, and others an accessible mechanism for obtaining objective, detailed information on clinical practice guidelines and to further their dissemination, implementation, and use"*. Questa missione viene svolta egregiamente attraverso la selezione di LG prodotte da altri soggetti: società scientifiche, università, enti di ricerca, ministeri della sanità. Oltre 300, in larga parte statunitensi, ma almeno un quarto stranieri, per lo più canadesi, britannici e australiani. Le LG selezionate e pubblicate sono 2.159 raggruppate sia per oggetto della LG, sia per soggetto produttore. Qualunque organizzazione (società scientifiche, enti di ricerca, governi, ecc.) di qualsiasi parte del mondo può proporre una LG: ad essa viene fornito un kit contenente tutti i requisiti richiesti e la documentazione necessaria. I criteri di inclusione definiscono anche cosa s'intende per LG: *"Clinical practice guidelines are statements that include recommendations intended to optimize patient care that are informed by a systematic review of evidence and an assessment of the benefits and harms of alternative care options"*. Se l'operazione andrà a buon fine, quella LG si aggiungerà alle altre duemilacentocinquantanove già pubblicate. Tra le organizzazioni USA

sono le società scientifiche mediche a fare la parte del leone: American College of Radiology (206 LG), American College of Obstetricians and Gynecologists (43 LG), American College of Chest Physicians (41 LG) per citare le prime 3. Ma tra le tante ci sono anche singole università, singoli ospedali o singole città (NY City Department of Health), istituzioni infermieristiche (Hartford Institute for Geriatric Nursing con 28 LG), lo stesso governo americano con il National Clinical Guideline Centre e l'US Preventive Services Task Force.

Al di fuori degli USA spiccano i canadesi, soprattutto in campo oncologico e in quello della *long-term care*, gli australiani e ancor più i britannici con NICE (230 LG) e *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (36 LG). Al di fuori di questo perimetro anglofono rimane ben poco: in Europa c'è l'*European Academy of Neurology* (40 LG) e il Ministero della sanità spagnolo (7 LG). Nel resto del mondo si segnala un altro ministero della sanità, quello di Singapore che è riuscito a farsi pubblicare 13 LG, di cui una dall'interessante titolo *"Management of gambling disorders"* (da dove partì lo scandalo del calcio-scommesse?).

Sulle 2.159 LG pubblicate in molti casi ricorre lo stesso titolo: la stessa LG trattata da enti diversi. Il sito web della *National Guideline Clearinghouse* fornisce un servizio indispensabile: quello della comparazione di linee-guida. È il caso ad esempio della LG *"Antithrombotic Therapy for Stroke Prevention in Patients with Nonvalvular Atrial Fibrillation"* trattato da due diverse società scientifiche USA (American Academy of Neurology e American College of Chest Physicians). LG con punti in comune e altri in contrasto. NGC si limita a registrare similarità e differenze senza prendere posizione, vedi <http://www.guideline.gov/syntheses/synthesis.aspx?id=48771>.

GRAN BRETAGNA (UK)

In UK di LG si occupa il NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*, <https://www.nice.org.uk/>), agenzia governativa nata nel 1999 col nome di *National Institute for Clinical Excellence* (il nome attuale risale al 2005 quando avvenne la fusione con un'altra agenzia governativa, l'*Health Development Agency*, mantenendo però lo stesso acronimo). Il NICE, (utilizzato da Inghilterra e Galles, ma non da Scozia e Irlanda del Nord) pubblica LG in quat-



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

Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze. Direttore del sito web "www.saluteinternazionale.info".

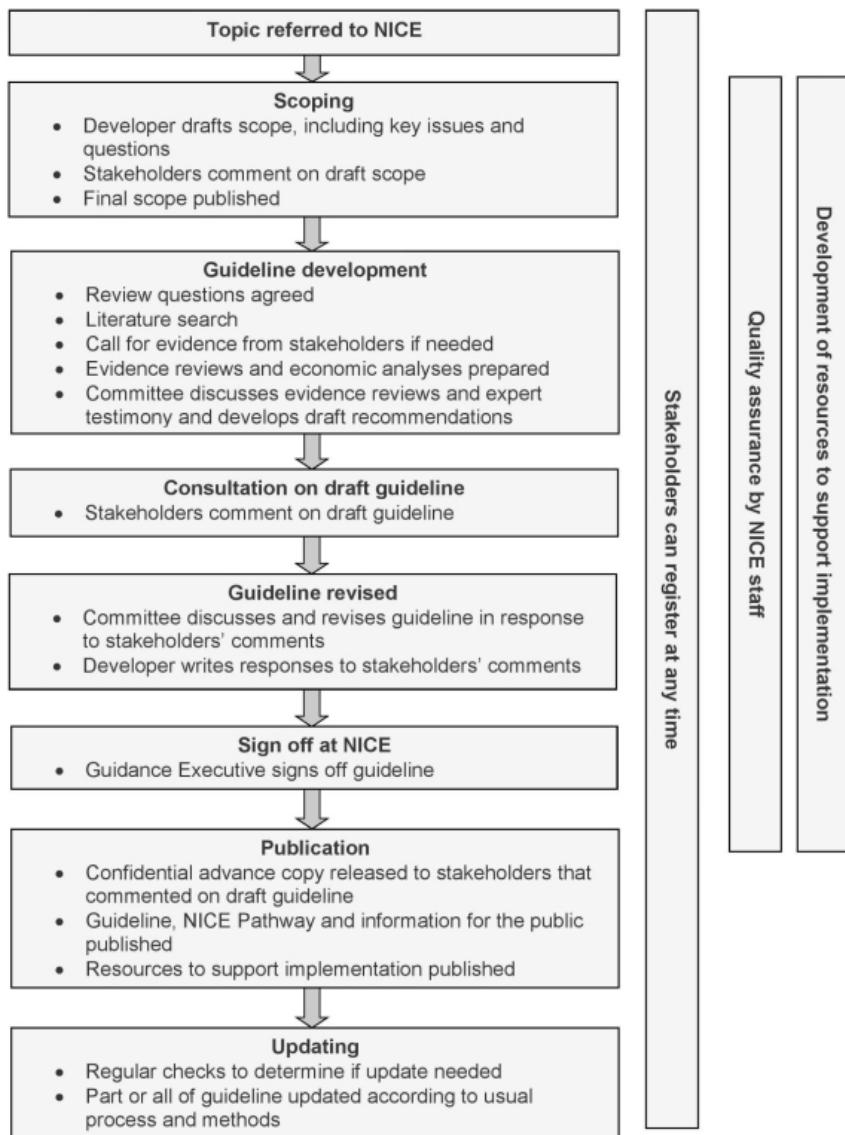


Figura 1 - NICE. Fasi della produzione di LG

tro campi: tecnologie sanitarie, pratica clinica, prevenzione e medicina del lavoro, gestione dei servizi sanitari e sociali.

La strategia inglese, come accennavamo all'inizio, è diametralmente opposta a quella americana perché NICE le LG le produce in casa, attraverso una procedura standard molto complessa, della durata media di 3 anni, che prevede la costituzione di Comitati multidisciplinari composti da esperti della materia (medici, infermieri, tecnici, ecc.), medici di famiglia, e – obbligatoriamente – da almeno due “laici” espressione di utenti dei servizi, associazioni di malati, parenti di malati, organizzazioni di volontariato (“people with personal experience of using health or care services, or from a community affected by the guideline”). La precondizione per la partecipazione ai Comitati è l'assenza

di conflitti d'interesse (“Committee members are asked to declare any interests in the technology to be appraised. If it is considered there is a conflict of interest, the member is excluded from participating further in that appraisal”). La procedura prevede una serie consequenziale di fasi (Figura 1) una volta che all’Agenzia viene indicato di occuparsi di un determinato argomento: 1. Definizione del campo d’azione (*scoping*), 2. Lo sviluppo della LG, con la raccolta della letteratura, la ricerca delle evidenze, analisi economiche, analisi sull’equità e sull’*equality* (no a ogni discriminazione: di genere, di sesso, di età, di razza); questa fase, che prevede l’eventuale invito di altri attori interessati (*stakeholders*), si conclude la produzione di una prima bozza (*draft*) di raccomandazioni. 3. Consultazione: è una finestra di circa due mesi nel corso dei quali tutti gli *stakeholders* possono intervenire inviando al Comitato i propri commenti, le richieste di correzione e integrazione. 4. Revisione del draft sulla base dei commenti e degli interventi degli *stakeholders* (il comitato è tenuto a rispondere per iscritto a tutta la corrispondenza ricevuta) e la stesura finale della LG. 5 e 6. Seguono l’approvazione formale della LG (*Sign Off at NICE*) e la pubblicazione sotto forma di Linea-guida e di Percorso assistenziale (*Pathway*) con l’informazione accessibile al pubblico. 7. *Updating*: le LG sono periodicamente aggiornate. Tutti i particolari della procedura, a cui si devono attenere i Comitati, sono contenuti in un manuale di 247 pagine “*Developing NICE guidelines: the manual*”, il cui ultimo aggiornamento risale al 21 gennaio 2016.

Le LG di NICE contengono raccomandazioni con differente forza:

Interventi che devono (o non devono) – must (or must not) – essere usati. Il *must* o *must not* viene usato solo se c’è un obbligo di legge che lo impone (es: la notifica di una malattia infettiva). Occasionalmente viene usato se la conseguenza di non seguire la raccomandazione può essere estremamente seria o potenzialmente minacciosa per la vita.

Interventi che dovrebbero (o non dovrebbero) – should (or should not) – essere usati. ciò è una raccomandazione “forte”. Questo avviene quando il comitato è convinto che per la vasta maggioranza dei pazienti quell’intervento sarà più utile che dannoso e costo-ef- ficiente (o al contrario che l’intervento non porta alcun beneficio alla maggioranza dei pazienti).

Interventi che potrebbero – could – usati. In questo caso il Comitato ritiene che l’intervento sia più utile che dannoso e costo-ef- ficiente, ma che esistono altre opzioni di valore simile. In questo caso la scelta va concordata in relazione alle preferenze e ai valori del paziente.

NICE ha finora pubblicato 243 LG, ne ha in

fase di sviluppo 352, di cui 13 nella fase di consultazione conclusiva. Tutto è naturalmente accessibile online nel veramente "amichevole" sito dell'Agenzia. Le LG vengono pubblicate in vari formati, tra cui una versione rivolta ai gestori dei servizi con un approccio pratico e operativo. È il caso, ad esempio, della LG su *Tuberculosis in vulnerable groups*, una pubblicazione rivolta agli amministratori locali (*local government*), che sono i responsabili dell'intervento, dato che con l'ultima riforma del 2012, le competenze sul controllo delle malattie infettive sono transitate ai Municipi.

Come negli USA le LG non hanno valore normativo nei confronti dei professionisti. Certamente il giudizio di NICE conta: ad esempio, se su un farmaco c'è il timbro *should-not* del NICE il governo o un provider può decidere di non erogarlo gratuitamente, ma è avvenuto anche il contrario: il governo decise di erogare alcuni farmaci oncologici a carico del NHS nonostante il *should-not* del NICE, per favorire l'industria farmaceutica¹.

Torniamo in Italia

Se il testo della legge approvata alla Camera sarà confermato al Senato², i medici dovranno attenersi alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle società scientifiche. "Attenersi alle linee guida" significherà escludere la colpa grave per chi abbia cagionato a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita, e quindi non essere perseguitabile. Un deciso incentivo a "attenersi". Quanto alle società scientifiche, esse dovranno iscriversi in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute. La legge aggiunge che le linee guida vengono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate sul sito dell'Istituto superiore di sanità.

1 <http://www.saluteinternazionale.info/2015/12/confitti-di-interesse-business-as-usual/>

2 ART. 5. (**Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida**). 1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico- assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Ai fini della presente legge, le linee guida vengono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate sul sito dell'Istituto superiore di sanità.

ART. 6. (**Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria**). 1. Dopo l'articolo 590-bis del codice penale è inserito il seguente: « Art. 590-ter. – (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). – L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave. Agli effetti di quanto previsto dal primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge.».

3 Jorgensen A et al. Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: systematic review. BMJ 2006; 333:782

4 Kung J et al. Failure of clinical practice guidelines to meet the IOM standards: two more decades of little, if any, progress. Arch Intern Med 2012; 172:1628

5 Stamatakis E et al. Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice: a review. Eur J Clin Invest 2013;43:469

6 Moynihan RN et al. Expanding Disease Definitions in Guidelines and Expert Panel Ties to Industry: A Cross-sectional Study of Common Conditions in the US. PLoS Med 2013;10:e1001500

7 Vercellini P et Al, Proliferation of gynaecological scientific societies and their financial transparency: an Italian survey, BMJ Open 2016;6: e008370. doi:10.1136/

La legge nulla dice circa i criteri di produzione delle linee guida, né sui requisiti tecnico-scientifici e etici che saranno richiesti alle società scientifiche. Il nodo più spinoso è certamente quello del conflitto d'interessi e dell'influenza dell'industria bio-medica sulle decisioni delle società scientifiche. Diverse revisioni sistematiche mostrano che molte linee guida riflettono più gli interessi di chi le formula (che possono divergere da quelli di un SSN e della comunità dei cittadini) che non le prove su cui dovrebbero basarsi^{3 4 5 6}.

La situazione italiana non è certo rassicurante, come dimostra uno studio recentemente pubblicato su BMJ Open, a cura di Paolo Vercellini e coll.⁷, sulle 56 società scientifiche che fanno capo alla disciplina ostetrico-ginecologica. Solo 32 di loro avevano un sito web accessibile e non era disponibile alcuna informazione pubblica riguardante eventuali conflitti d'interesse, bilanci finanziari e provenienza dei finanziamenti.

Abbiamo visto in precedenza la complessità delle procedure applicati in USA e UK nella produzione di linee guida che pure non hanno valore normativo. In Italia si affronta questo tema da una prospettiva completamente errata, quella di costringere i medici ad aderire alle linee guida in cambio della tranquillità giudiziaria (compromettendo la loro autonomia professionale), e si corre il serio rischio di affidare il compito di predisporre strumenti così importanti a soggetti in pieno conflitto d'interesse.

Confidiamo che il Senato corregga queste gravi distorsioni. Se ciò non avverrà tutti i nodi verranno al pettine dopo, rendendo la legge di fatto inapplicabile. Non avremo seguito la via USA e neppure quella UK, incamminandoci in una strada tutta italiana, all'americiana. **TM**

Info: gavino.maciocco@alice.it

Manfredo Fanfani



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

Prima Parte



I conti aperti con la medicina

Un convegno sulle malattie trasmesse dalle bestie

Animali amici dell'uomo?

Sì, ma stiamoci attenti!

In aumento le infezioni diffuse da cani, gatti e uccelli da gocce

Riguarda le donne

CRONACHE DELLA SALUTE

SE AVETE UN GATTO STATE ATTENTI AL TOXOPLASMA

Il test migliore è facile ma caro

Una volta nella polvere una volta sugli altari

Il Gatto, un personaggio che ha sempre ondeggiato fra allegoria, superstizione e magia; ora idolatrato oggetto di amore sconfinato, ora guardato con antipatia, ostilità e sospetto quale incarnazione del male, è proprio il caso di dire: una volta nella polvere, una volta sugli altari. Di veri e propri altari il Gatto ne ha in realtà conosciuti, era infatti molto venerato dagli antichi Egizi che adoravano la dea Bastet che veniva rappresentata sotto forma di Gatto; era considerato dai romani il "protettore della casa", il "genius loci" ed il "sole della casa" dagli Ebrei.

Un recupero di immagine

Dopo periodi di contrastate vicissitudini in un vertiginoso recupero di immagine alcuni anni

ospite definitivo

oocisti non sporulata

carnivoro

sporulazione

carnivoro

carnivoro

infezione

orsono la prestigiosa rivista "TIME" gli ha riservato la copertina, esclusiva dei personaggi celebri. Anche il più famoso dei teatri di Broadway, il Winter Garden, gli ha dedicato un musical, che si intitola appunto *CATS*, tratto da un'opera di T.S. Elliot, musiche di Andrew Lloyd Webber. La presenza del Gatto non poteva mancare nelle opere d'arte a cominciare da quelle sacre, frutto della fantasia degli artisti sorretta da tradizioni popolari tramandate a viva voce e destinate a diventare iconografiche soltanto in un secondo tempo, dopo essere state consacrate dall'Arte stessa. Ai pittori è andato il compito di attingere liberamente alla rigogliosa messe di significati, talora contraddittori, attribuiti al Gatto tanto che niente è sicuro nella iconografia occidentale su questo particolare animale.

Ciclo vitale del toxoplasma Gondhy.

Il Gatto è l'ospite definitivo. Il contatto col parassita, susseguente a contaminazione diretta delle mani e del cibo, è uno dei modi più frequenti d'infezione insieme all'ingestione di carne cruda o poco cotta.

Da alcuni decenni il *Gatto*, in una delle ricorrenti cadute di immagine, ha dovuto fare i conti anche con la medicina in quanto è risultato ospite definitivo del toxoplasma, un protozoo responsabile della toxoplasmosi; una malattia di per sé benigna ma che assume rilevanza clinica per le gravi malformazioni fetalì che può indurre se è contratta per la prima volta dalla donna in gravidanza. È suggestivo rilevare che, prima ancora di conoscere questo veicolo di contagio e le sue gravi conseguenze, in alcune tradizioni popolari era invalso l'uso di "cacciare il *Gatto di casa*" quando era annunciata una gravidanza, forse una generica tutela da una presenza simbolicamente scomoda; la tradizione popolare è stata comunque sempre molto attenta e sensibile a tutto ciò che potesse avere negativi riflessi sul nascituro; si tramandava a voce quanto l'esperienza poteva insegnare, facendo in tal modo informazione ed educazione sanitaria. Erano sicuramente noti i negativi riflessi dell'uso dell'alcool e forse chissà che non fosse stato individuato anche qualche rapporto fra la presenza del *Gatto* e certe gravidanze a rischio. Se si pensa che i danni da toxoplasmosi si realizzano solo se la malattia viene contratta per la prima volta al momento della gravidanza e che questa lascia un'immunità permanente, ne consegue che la migliore forma di prevenzione è rappresentata dalla malattia contratta in età giovanile, prima del concepimento; se la donna arriva viceversa alla gravidanza senza avere ancora contratto la malattia viene considerata "a rischio" ed è consigliabile che "scacci" il *Gatto* di casa.

Le ricorrenti ambiguità

Nella vita del *Gatto*, per le ricorrenti ambiguità a cui ci ha abituato, si inserisce anche questo aspetto: rappresenta un rischio frequentato durante la gravidanza se la donna non è già immunizzata, è viceversa opportuno che la donna lo frequenti in età giovanile, per contrarre la malattia ed ottenere così una protezione permanente; pertanto quale migliore forma di prevenzione se non quella di tenere un *Gatto* in casa, specie se ci sono delle bambine? Non è forse un caso se gli artisti sono stati sempre prodighi nel rappresentare quadretti familiari dove domina il rapporto privilegiato delle bambine con il *Gatto*, quasi un invito ad incentivare tale frequentazione rivelatasi protettiva. La nostra cultura è portata a razionalizzare a posteriori ed a creare dei legami finalistici fra cause ed effetti; molto più semplicemente non è da escludere che questa frequentazione del *Gatto*, nata semplicemente per reciproca simpatia, si sia a posteriori rivelata una fortunata combinazione. Il *Gatto* ha tratto indiscutibili vantaggi anche dalle moderne tecniche di laboratorio che consentono di verificare se la donna in gravidanza abbia già in precedenza contratto la malattia

ed acquisito così uno stato di immunità permanente, ciò consentirà infatti al fortunato felino di non essere "cacciato di casa" ma di continuare tranquillamente la sua vita privilegiata fra le calde mura domestiche; un premio ben meritato se si pensa che l'immunità, e quindi la serenità della famiglia, sono state in questo caso possibili anche grazie alla sua assidua presenza.

Il *Gatto* nell'arte

L'Arte non poteva essere assente a questo appuntamento con il *Gatto* nei suoi rapporti con la donna nei vari cicli di vita. Nella "Annunciazione" di Lorenzo Lotto, nel momento in cui l'Angelo compare per annunciare il lieto evento, l'Artista sente il bisogno di mettere in risalto la figura di un *Gatto* che fugge intimorito inarcando la schiena di fronte alla repentina apparizione; un modo forse per dare maggiore risalto all'immobile stupore e timido imbarazzo della Madonna; se si dovesse tenere conto delle credenze popolari si potrebbe anche pensare ad un allontanamento del *Gatto* come generico simbolo del male e, perché no, ad una sua "cacciata" al momento dell'annuncio di una gravidanza.

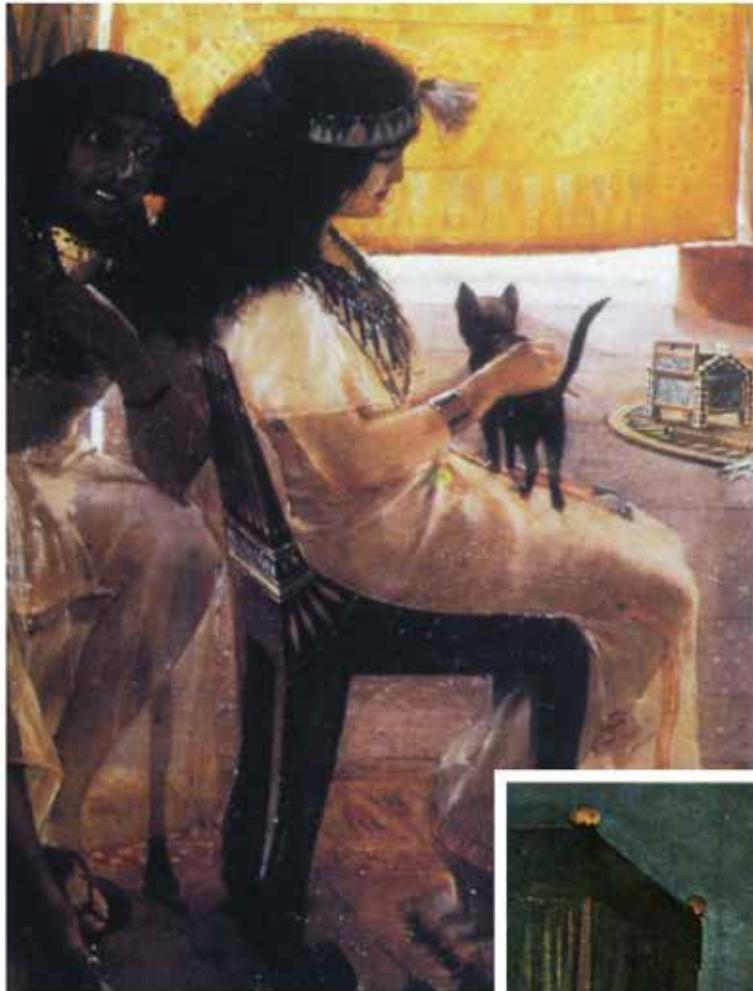
Ecco quindi ripetersi questa ricorrente ambiguità nella vita del *Gatto*: ora desiderato, ora vilipeso e cacciato, ora recuperato. In conclusione il *Gatto* dalle cento vite è uscito in complesso assai bene dalle molteplici e contraddittorie situazioni di ambiguità tanto che oggi è oggetto di bestsellers, protagonista di musicals, ospite vezeggiato in case accoglienti. Lui, il *Gatto*, non si è comunque lasciato montare la testa; nella sua serafica flemma, considerato che il topo è in fondo una facile preda, accarezza solo un pensiero ricorrente, quello di riuscire ad afferrare uno sfuggente uccellino come nel quadro di Jean-Jacques Bachelies, oppure un sogno prediletto, trovarsi a portata di artigli quell'irrequieto uccellino trattenuto questa volta dal filo di una provvidenziale mano come nei quadri di Bottega di Cosmè Tura e di Francisco Goya; insomma una vera e propria idea fissa quella dell'uccellino, saggiamente interpretata da Paul Klee che, in una delle sue opere, ha pensato addirittura di inciderlo sulla fronte del *Gatto*!



Il *Gatto* oggetto delle prime esperienze artistiche... e veicolo di filiali sentimenti.

I rapporti privilegiati con la magia

In tutto ciò c'è qualcosa di magico tanto che viene fatto di pensare che i rapporti più consistenti del *Gatto* siano proprio quelli intercorsi con la *magia*, forse non a caso in una immagine dedicata al "Gatto in biblioteca", sul tavolo appare aperto proprio un libro sulla magia. Che il *Gatto* abbia veramente poteri arcani sta di fatto che, come afferma l'etnologo Marcel Mauss, "si tratta probabilmente dell'unico animale che ha saputo addomesticare l'uomo"; l'Arte e la scienza medica, gli hanno dato comunque una mano.



Georges-Antoine Rochegrosse (1859-1938): "Al tempo dei faraoni"
Musée des beaux-arts, Gand.

Il Gatto era molto venerato ed oggetto di culto nell'antico Egitto; la dea Bastet veniva rappresentata sotto forma di Gatto.



Lorenzo Lotto (1480-1556):
Annunciazione, Pinacoteca Comunale, Recanati.

L'artista ha inteso forse contrapporre la fuga del Gatto, spaventato dalla repentina apparizione dell'Angelo, con l'immobile stupore e timido imbarazzo della Madonna. Secondo la tradizione popolare si potrebbe anche pensare ad una rappresentazione simbolica del male o ad una vera e propria "cacciata" del Gatto dalla casa nel momento dell'annuncio di una gravidanza.

Continua nel prossimo numero...

8 marzo: non solo festa, ma politiche di genere!

Come Direttore di Unità Operativa, in particolare dell'UO di Ostetricia e Ginecologia di Livorno, e come Donna, mi permetto delle riflessioni sulla condizione femminile nel mio luogo di lavoro, l'Azienda Sanitaria, e mi sento in dovere di sollecitare delle iniziative che aiutino le donne a conciliare il loro ruolo di lavoratrici e professioniste con quello socialmente indispensabile di madri. È su questo legame delle donne lavoratrici con la maternità che mi preme riflettere, da dentro la nostra Organizzazione, come Donna Professionista Dirigente, che coordina il lavoro professionale di Donne e Uomini. Le riflessioni e le proposte mi sono state risvegliate dalla circostanza recente di avere avuto due giovani colleghi entrambe e contemporaneamente in stato di gravidanza.

Riflessioni:

Il lavoro della donna è importante per l'organizzazione quanto quello dell'uomo, almeno questo è ciò che si vuole affermare quando si parla di parità. Quando la lavoratrice è assente, la sua mancanza pesa nell'organizzazione quanto l'assenza di un lavoratore uomo. Il contributo lavorativo di una donna è quindi indispensabile per l'organizzazione e la sua assenza prolungata nel tempo non può che ritorcersi negativamente sul lavoro prodotto. Per un'assenza programmata e prolungata della lavoratrice, come quella per gravidanza, sarebbe possibile e si dovrebbe provvedere in tempo a una sua sostituzione.

La non sostituzione di una lavoratrice in stato di gravidanza, che prevede un congedo obbligatorio di almeno 5 mesi, può sottintendere una sottostima del valore lavorativo della donna e una conferma della debolezza dei gruppi costituiti principalmente da donne, che a loro volta possono essere involontariamente tentate a identificarsi in lavoratori di serie B ed a dirigere le proprie energie in ambito familiare. Inoltre, e non secondariamente, il non riconoscimento del diritto alla sostituzione e con esso dell'importanza dell'attività lavorativa che viene meno, potrebbe indurre la lavoratrice in gravidanza a una maggiore disaffezione nei confronti dell'organizzazione.

D'altra parte la non garanzia della chiara sostituzione nel periodo di congedo obbligatorio lascia adito a speranza di una possibile sostituzione per lunga assenza. Questo stato d'incertezza non aiuta ad affermare il princi-

pio che la gravidanza è un evento fisiologico normale e che l'attività lavorativa è auspicabile e possibile, fermo restando il rispetto delle condizioni a tutela della madre e del nascituro. Anche se il contributo lavorativo in gravidanza è spesso adattato alla nuova condizione, non necessariamente deve venir meno la sua valorizzazione, pena la conseguente perdita di fidelizzazione della lavoratrice che si sentirà ancor più giustificata nelle eventuali sue scelte di continuare a restare lontana dal lavoro per dedicarsi ai figli, che diventano così la priorità assoluta.

Per le considerazioni sopra riportate propongo un impegno da parte dell'Assessorato e delle Aziende Sanitarie per:

- *Sostituzione garantita della lavoratrice in gravidanza durante il periodo di congedo obbligatorio*
- *Promozione di servizi che aiutino la lavoratrice divenuta madre a conciliare la cura dei propri figli con una piena partecipazione all'attività lavorativa e che migliorino la sua fidelizzazione all'Organizzazione.* L'istituzione da parte dell'Azienda di un *Asilo Nido* a sede interna per le proprie lavoratrici, che sono in numero sempre più crescente, aperto anche alla cittadinanza, in collaborazione con l'Assessorato cittadino del Sociale, aiuterebbe a promuovere la partecipazione alla vita lavorativa della neo-mamma, senza la necessità di interrompere precoceamente allattamento e cure ai propri figli.

Sono convinta che le donne, soprattutto quelle che hanno avuto la possibilità di raggiungere ruoli di Dirigenza nelle organizzazioni, debbano a maggior ragione impegnarsi per facilitare alle altre donne la partecipazione a pieno titolo alla dimensione lavorativa e per rimuovere quegli ostacoli di genere che vi si frappongono e che anche loro hanno incontrato sulla propria strada, come durante una gravidanza o per la cura dei propri figli.

Sono fiduciosa che un impegno nelle politiche di genere possa diventare parte programmatica della Sanità Toscana.

Angela Citernesi, Direttore UO Ostetrica e Ginecologia, Livorno. Responsabile Area Ostetrica - Ginecologia ex Asl 6.

TM

50 anni di laurea

In data 20 marzo con una simpatica cerimonia è stata consegnata la targa ricordo a coloro che hanno compiuto 50 anni di laurea a riconoscimento per una vita spesa per la medicina.



Le nostre speranze

Il 21 Marzo si è svolta la Cerimonia del Giuramento per i nuovi colleghi: 80 donne e 47 uomini. A questi giovani, che continueranno ad onorare la Medicina, un grande augurio per una vita serena e una professione colma di soddisfazioni.



Fine di un tormentone

La pillola del giorno dopo o NORLEVO, con Decreto AIFA pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 3.3.2016, è stata classificata, come "medicinale non soggetto a prescrizione medica, (senza obbligo di prescrizione) per le pa-

zienti di età pari o superiore a 18 anni e come medicinale soggetto a prescrizione medica da rinnovare volta per volta per le pazienti di età inferiore a 18 anni.

Così dovrebbe finire, indipenden-

temente dal rispetto della coscienza di ognuno, la lunga discussione sulla prescrizione di questo farmaco. La nota dell'AIFA significa anche che il farmaco può esser prescritto al di sotto del 18esimo anno di età.

Assassinio in corsia

Purtroppo non è il titolo di un libro giallo. Tuttavia ogni discorso morale sui fatti di Piombino è troppo anticipato; vi è un'accusa gravissima ma la verità oltre ogni ragionevole dubbio la stabilirà il magistrato e fino allora conviene tacere. Altri casi del genere si sono presentati in varie parti del mondo, quasi sempre legati a una sofferenza terminale che si è cercato di troncare. Nessuno può farsi giustizia da solo e questi episodi sono da condannare. Questo caso sembra diverso e attingere piuttosto la psicopatologia. Tuttavia un atteggiamento di aporia è l'unico possibile.

Ma il fatto è avvenuto in un ospedale, nel reparto di terapia intensiva, ed ecco che qualcuno chiama in causa il servizio sanitario e la responsabilità dei professionisti e, di conseguenza, chiede il risarcimento e lo svelamento di una colpa. Il Presidente Rossi e

l'Assessore Saccardi hanno risposto molto bene e quindi non ripetiamo le loro argomentazioni. La sanità toscana non può esser chiamata in causa di fronte al supposto comportamento criminoso di un singolo. Altresì è corretto aver nominato una commissione di inchiesta per svelare eventuali smagliature tali da affievolire i naturali ostacoli alla realizzazione del progetto criminoso.

Reason ci ha insegnato che *to err is human* e sappiamo tutto su errori, sbagli, violazioni e quant'altro. Il complesso apparato di *risk management*, del quale siamo orgogliosi, è volto solo e soltanto a rilevare queste situazioni, dai *near misses* ai più gravi eventi avversi, con lo scopo di prevenirne l'iterazione. Imparare dagli errori. Quando questi sono giudicati colposi interverrà il ristoro del danno. Tutto

ciò niente ha a che fare con i reati e la scoperta dei colpevoli. Il sistema del rischio clinico si fonda sull'onestà intellettuale dei professionisti che possono sbagliare e questi errori vanno corretti, ma non è creato per fotografare il rapinatore o per rilevare le impronte digitali. La sicurezza del paziente non è un capitolo di *minority report*.

Ogni professionista di quell'ospedale deve collaborare per stabilire la verità. E comunque le "buone pratiche" sono sempre una barriera efficace agli errori, in particolare se si adotta una corretta applicazione delle procedure e la tracciabilità del percorso terapeutico. Ma i fatti di Piombino non possono in alcun modo entrare nel giudizio sulla sanità locale e nazionale.

Antonio Panti

Decreto Appropriatezza: i chiarimenti del Ministero

Il Ministero della Salute ha firmato la Circolare di chiarimenti sull'applicazione del Decreto ministeriale 9 dicembre 2015, meglio conosciuto, appunto, come "Decreto Appropriatezza". "Esprimiamo la nostra soddisfazione – commenta la Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Roberta Chersevani – perché sono state recepite tutte le osservazioni indicate dalla Presidenza e dal Gruppo di Lavoro della FNOMCeO. Lo spirito di collaborazione con il Ministero continua nella revisione del Decreto, che sarà portata avanti in concomitanza alla valutazione dei provvedimenti ordinamentali relativi ai nuovi Lea". "Tenuto

conto delle osservazioni fatte pervenire dalla FNOMCeO – si legge infatti nella premessa della Circolare – si ritiene condivisibile che la futura revisione del Decreto debba chiarire come la definizione delle 'condizioni di erogabilità di prestazioni appropriate' rappresenti un atto programmatico distinto dall'appropriatezza clinica, attinente alla qualità dell'atto professionale, da valutare con gli strumenti della revisione tra pari e che deve tener conto delle complesse interazioni proprie della relazione di cura". La Circolare contiene indicazioni per i medici prescrittori, per gli specialisti – abilitati o meno alla prescrizione diretta e liberi professionisti – sulle con-

dizioni di erogabilità delle prestazioni. Una particolare attenzione è rivolta agli odontoiatri: in particolare, si chiarisce il concetto di "vulnerabilità sanitaria" dei pazienti odontoiatrici, che consiste in quelle malattie e condizioni cliniche (ad esempio, il diabete, alcune patologie cardiovascolari o infiammatorie croniche) che potrebbero essere aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti. Per questo sarà garantito il "pieno coinvolgimento" della Commissione Albo Odontoiatri nella futura attività di semplificazione dei criteri di erogabilità e appropriatezza delle prestazioni.

Interazione tra farmaci negli anziani, possibili rischi da prescrizioni inutili

L'uso concomitante di integratori e farmaci che possono tra loro interagire è quasi raddoppiato in un quinquennio negli Stati Uniti tra gli adulti in là con gli anni, secondo uno studio pubblicato su *Jama Internal Medicine* e coordinato da **Caleb Alexander** della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health di Baltimora. Per giungere a queste conclusioni i ricercatori hanno intervistato 2.400 anziani tra il 2005 e il 2006, e altri 2.200 nel periodo 2010-2011. Tra i risultati: l'uso concomitante di cinque o più farmaci da prescrizione è aumentato dal 31 al 36%; i tassi di consumo di integratori alimentari sono saliti dal 52 al 64%; l'uso delle statine, degli antiparassitici e degli omega-3 è aumentato in modo significativo; la percentuale di anziani a rischio di interazioni tra farmaci è

cresciuta dall'8 al 15%. «Da questi dati emerge che l'uso di farmaci e integratori alimentari, e l'assunzione concomitante di farmaci che possono interagire tra loro è aumentata dal 2005, con un quarto degli anziani potenzialmente a rischio di eventi avversi prevenibili associati alle più comuni terapie» conclude l'autore. E in una lettera di ricerca pubblicata sullo stesso numero di *Jama Internal Medicine* **Judy Jou** e **Pamela Johnson** dell'Università del Minnesota a Minneapolis aggiungono al quadro un dato interessante: un quarto degli anziani statunitensi non dicono al loro medico che assumono regolarmente integratori alimentari a base di erbe o vitamine. «Contrariamente a quanto emerge da precedenti ricerche, questi risultati indicano che la carente informazione non è

intenzionale, ma dovuta al fatto che il medico non chiede al paziente raggagli sul consumo di farmaci complementari e alternativi, cosa che dovrebbe invece fare più spesso» scrivono le due ricercatrici. E in un editoriale di commento **Michael Steinman**, geriatra all'Università di California San Francisco afferma: «I farmaci non sono il nemico, mentre lo sono le prescrizioni inutili, inefficaci e dannose. Modificare i presupposti che portano a tali modalità prescrittive aiuterà a migliorare i danni potenziali dovuti alle interazioni tra farmaci negli anziani».

in situ Farmacista 33

Da VobisNewsLetter Anno VII,
n. 50 marzo 2016

CORSI E SEMINARI

ORDINE DI FIRENZE

Il fine vita tra medicina e diritto: nuovi paradigmi

La pianificazione condivisa delle cure nella fase end-stage della malattia cronica

Firenze, 25 maggio 2016



Polo delle Scienze Sociali – edificio D15 aula 005 Piazza Ugo di Toscana - Firenze

Ore 9.30 – Apertura dei lavori

Patrizia GIUNTI – Direttrice del Dipartimento di Scienze Giuridiche – Università di Firenze

Ore 9.45 - Introduzione

Antonio PANTI – Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Antonio VALLINI – Professore di diritto penale nell'Università di Firenze

10. 15: Prima sessione: i medici parlano ai giuristi

Il documento del SIAARTI sulle grandi insufficienze d'organo "end stage"

Alfredo ZUPPIROLI – Cardiologo - già Presidente della Commissione Regionale di Bioetica

Fine vita e pianificazione delle cure: una valutazione medico-legale

Massimo MARTELLONI – Direttore UO Medicina Legale e Clinical Risk Manager – AUSL 2 Lucca

11.45 - Dibattito

Interventi programmati:

dr. Alessandro BUSSOTTI - Coordinatore dell'Agenzia di Continuità Assistenziale Extraospedaliera, AOU Careggi

dr. Andrea VENEZIANI - Direttore U.O. Anestesia Rianimazione - ASL 7 Siena

13.00 - Buffet

14.15 - Seconda sessione: i giuristi parlano ai medici

La relazione di cura come rapporto giuridico. I dilemmi del fine vita

Francesco ALCARO – Professore di diritto privato e biodiritto nell'Università di Firenze

Biodiritto penale del fine vita e pianificazione condivisa delle cure

Stefano CANESTRARI – Professore di diritto penale nell'Università di Bologna - Membro del Comitato Nazionale per la Bioetica

15.45 - Dibattito

Intervento programmato

Sara LANDINI – Professore di diritto privato nell'Università di Firenze

16.30 - Riflessioni conclusive

Alessandro CRINI – Procuratore facente funzioni presso la Procura della Repubblica di Pisa

Il corso è in fase di accreditamento per i medici.

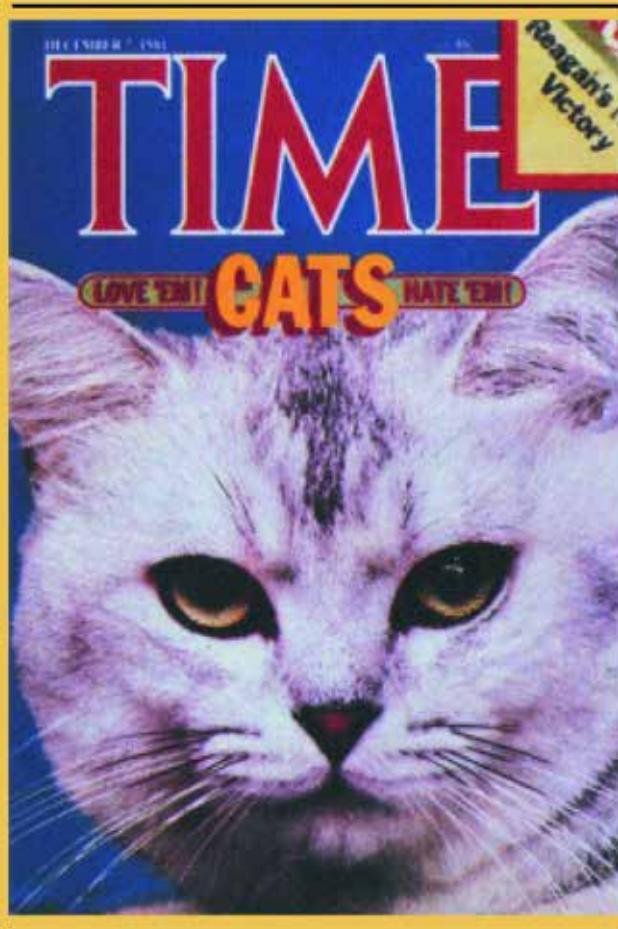
È possibile iscriversi solo tramite sito ordinistico:

<http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine/details/170-il-fine-vita-tra-medicina-e-diritto-nuovi-paradigmi>

oppure: www.ordine-medici-firenze.it - eventi, eventi promossi dall'ordine



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

DI
MANFREDO FANFANI

Articolo all'interno della rivista

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