



ToscanaMedica

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



**Una patologia da riconsiderare:
il rene policistico
autosomico dominante**

S. Bianchi, F. Egidi, P. Francesconi, C. Marinai, E. Minetti, M. Ucci

Le nuove droghe sintetiche

E. Bertol

**Il genere: informazione
e disinformazione**

G. Castellini, A. D. Fisher, J. Ristori, V. Ricca, M. Maggi

La sfida delle neuroscienze

A. Rossi

N° 1 GENNAIO 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
"Trafalgar Square"
Vittorio De Leonardis

Anno XXXIV n. 1 - Gennaio 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 2015 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

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



Antonella Barresi

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: toscanaмедica@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.



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Forme d'espressione
F. Napoli

EDITORIALE

- 5 Perché si fanno le riforme
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Una patologia da riconsiderare:
il rene policistico autosomico dominante
S. Bianchi, F. Egidi, P. Francesconi, C. Marinai, E. Minetti, M. Ucci
- 12 Scenari nuovi per la terapia
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 13 Le nuove droghe sintetiche
Elisabetta Bertol
- 18 Il genere: informazione e disinformazione
G. Castellini, A. D. Fisher, J. Ristori, V. Ricca, M. Maggi
- 21 "Ai miei tempi": quando ricordare fa bene a tutti
C. Bruni, C. Bellezza, C. Begliomini, M. Colligiani,
S. Buzzegoli, E. Petrucci, E. Pellegrino, A. Grecomoro
- 22 Rivisitare la dieta mediterranea
G. Vannozi, S. Deiana
- 35 Per un'organizzazione funzionale delle cure primarie
S. Giovannoni
- 37 La violenza domestica: legislazione e obblighi medico-legali
V. Carluccio, L. Caldini
- 39 Le ragioni di Marx
A. Panti
- 40 Il follow-up informatizzato per il miglioramento della gestione del rischio clinico
M. Baldari, S. Bovenga
- 44 La salute? Questione di genere
V. Ceccherini, F. Pieralli, R. Cecconi, G. Garofalo

RICERCA E CLINICA

- 47 La sfida delle neuroscienze
A. Rossi

REGIONE TOSCANA

- 27 Medicina complementare per il mal di schiena
- 30 Le Linee Guida della Regione Toscana
P. Tosi, L. Tonelli
- 32 Combattere l'Ictus con l'informazione
M. Baldereschi, D. Inzitari
- 33 Rapporto ospedale/territorio alla luce della nuova organizzazione

LETTI PER VOI

- 46 Narrare la vita spezzata
G. Gorla - Laurum Editrice

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 49 Cosma e Damiano
M. Fanfani

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

- 54 Sviluppo Sostenibile e Governance
D. Dionisio

LETTERE AL DIRETTORE

- 56 Chi paga i danni morali dei medici?
B. Pavolini
- 57 «Il fatto non sussiste».
C. Brocchini

SANITA' NEL MONDO

- 59 Cattive notizie per la salute degli italiani
G. Maciocco

RICORDO

- 63 Cosmo Morabito, un vero Amico
A. Panti

- 60 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

- 61 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

FEDERICO NAPOLI

Forme d'espressione

L'infanzia curiosa, i bambini che sorridono al futuro, il mondo avvertito come spazio vitale di conoscenza: sono alcuni dei temi suggeriti dall'esposizione d'arte che è stata ospitata lo scorso mese di dicembre presso le sale della sede dell'Ordine dei Medici a Firenze e nella quale sono state presentate opere - tutte di medici artisti e tutte collegabili come in un dialogo fra loro - realizzate in pittura, scultura e fotografia, quest'ultima sezione particolarmente corposa.

Punto di partenza della mostra è stato il quadro "L'osservatore" di Giordana Coronella, dove campeggia la figura di un bambino visto di spalle con il naso all'insù, che dà il senso immediato della curiosità infantile. È lo stesso stupore che compare nelle foto di Antonio Porcelli, dove ancora sono protagonisti i bambini, ora vestiti a festa ora colti negli interni di case, sempre attenti e severi osservatori del mondo. L'immediatezza dello scatto compare anche nelle foto di Giuseppe Camagni, immagini di un ideale reportage in Cina seguendo l'istinto e la causalità, oppure maggiormente selezionato nella sua tipicità e valenza grafica in Sri Lanka.

Diversamente Vannuccio Vannucci, con luci volutamente accentuate, dà un taglio sociale alle immagini fotografiche carpite in India, scegliendo un mercato o una baraccopoli, oppure un pellegrinaggio di massa; anche Daria Orlandini evidenzia questo interesse per il mondo circostante, dando alle proprie immagini fotografiche un taglio dinamico, con accentuati contrasti nelle luci e ritraendo luoghi d'abbandono e solitudine.

Questo ampio sguardo fatto di scatti che vogliono fissare un'emozione o un pensiero di fronte alle realtà diverse del mondo, ha trovato un contrappunto nelle opere di pittura esposte che, fatto salvo alcuni casi, sono sembrate prediligere invece la dimensione più privata, o rivelare un interesse per la figura umana. È il caso di Filippo Cianfanelli che nel suo piccolo quadro rende la piazza di Santo Spirito in un'atmosfera ovattata sotto la neve, pacata e silenziosa, lontana dai soliti clamori, dal vago sapore "parigino". E all'inverno - quasi a ricordare il periodo in cui la mostra stessa si è svolta - fa riferimento anche l'altrettanto piccolo paesaggio innevato dipinto da Carla Arfaoli, dagli accentuati cromatismi luminosi.

Affonda egualmente nel nostro passato, rivitalizzato, il paesaggio di Anna Maria Gatta, rapidamente dipinto, nella suggestione tardo macchiaiola per la stesura del colore e nella scelta del tema naturale prescelto. Altrettanto legata alla tradizione è la composizione

pittorica di Marcello Manzoli, che ritrae una ragazza a mezzobusto, delicata nel soggetto e contrastata sullo sfondo nero, studiata nella sua posa di modella. Da qui, è stato quasi inevitabile ritornare al mondo fotografico di Giorgio Spagnolo, con il ricordo del muro di Berlino, visto attraverso minimali ma intensi frammenti di memoria divenuti incancellabili testimonianze. Un viaggio personale è quello compiuto con le foto da Giovanni Donato, che in una luce diffusa ha voluto proporre treni a vapore come universale mezzo di spostamento fra America, Repubblica Ceca e Zimbabwe. Possibile frutto di un viaggio compiuto e assaporato è anche il quadro di Andrea Betti, che ritrae con spunto metafisico un'ideale e suggestivo ritorno al passato, nel cuore della classicità mediterranea.

Nella mostra alcune opere hanno ritratto volti: uno modellato con intenzione ritrattistica dall'unica scultrice presente nei locali espositivi, Antonietta Moschi, attenta alle sfumature espressive del volto e pertanto del carattere; l'altro di Lorenzo Bonamassa è un quadro di grandi dimensioni libero da schemi, costruito tridimensionalmente con colori corposi e i tubetti vuoti, nonché la stessa tavolozza a creare un irridente volto sbeffeggiante. Inevitabile in questa esposizione vedere affrontarsi fra loro personalità creative diverse: è il caso del piccolo olio di Livio Carini, un soggetto marino rapido nella stesura e sicuro nella composizione, accompagnata quest'ultima da una accentuata prospettiva ricca di ariosa solarità.

Solo due le opere astratte, ambedue in pittura: l'una di Marcello Paoli, con le scansioni di forme anche materiche che si intersecano, fra loro accostate per costruire nuovi volumi materiali e definire un rinnovato spazio di vita e d'azione. L'altro, un quadro dipinto da Adriano Danti, un'opera informale, cromatica, rapida e anche emotiva, scandita dal ritmo delle pennellate e specificamente dedicata alla musica e a John Lennon.

Qui potremmo aggiungere la dinamica tecnica mista di Roberto Della Lena, una composizione concettuale nel caratteristico stile dell'autore, con scritte geometrie e figure, fra modernismo e sete di conoscenza. Hanno concluso questo viaggio artistico le foto di Vittorio De Leonardis, purtroppo scomparso poche settimane prima dell'apertura della mostra: composte in studio con la modella o rielaborate in una fase successiva, sono scatti che rivelano le possibilità creative legate alla necessità di comunicare, propria dell'essere umano, a testimonianza della sensibilità artistica e umana dell'autore.

TM

ANTONIO PANTI

Perché si fanno le riforme

Quando si interviene drasticamente su un'organizzazione significa che qualcosa di importante è cambiato. Nel servizio sanitario la domanda si trasforma per l'invecchiamento della popolazione e per molti altri motivi, mentre il finanziamento diminuisce anche per la minore propensione dei sistemi politici a farsi carico dei valori della solidarietà e dell'uguaglianza propri del secolo passato, infine l'offerta di prestazioni muta radicalmente per il travolgente sviluppo delle conoscenze e della tecnologia. Così anche la nostra Regione deve cambiare l'organizzazione della sanità per mantenerne le finalità di fronte alla diminuzione del finanziamento, alla pressione di una domanda diversa e alle continue, costosissime innovazioni.

Le vecchie mutue furono travolte dagli enormi debiti e dall'avanzare di nuovi e più incisivi diritti. Negli anni settanta gli ospedali si trasformarono da opere di beneficenza a enti regionali, nacque poi il servizio sanitario per rispondere alla richiesta di universalità e di uguaglianza, in seguito fu necessario, con successive leggi, introdurre nella sanità il concetto di impresa produttiva, fondandone il funzionamento sull'appropriatezza e definendo i LEA quali "prestazioni scientificamente validate". L'organizzazione del sistema cambiò drasticamente negli anni novanta ma non tanto da resistere all'urto delle novità e senza adeguarsi ai moderni strumenti, quale la digitalizzazione sempre rimasta a metà del guado.

La Regione Toscana ha deciso, come la Lombardia, di procedere a una importante riorganizzazione riducendo il numero delle Aziende. Un primo apprezzabile passo che, purtroppo, a causa dell'antiquata e corporativa legislazione nazionale non ha potuto essere completata con l'unificazione in un'unica azienda delle ASL territoriali con quelle ospedaliero-universitarie.

La proposta toscana riguarda altre rilevanti decisioni inerenti la funzionalità del territorio e il governo clinico, nonché il tentativo, per ora assai flebile, di fondare il sistema delle cure sul percorso del paziente,

valutato non solo dal punto di vista clinico ma anche della sostenibilità. Ma questa legge rischia di restare solo organizzativa e ciò non basta.

Infatti, dal punto di vista della gestione del servizio, si dovrebbero porre traguardi più moderni e ambiziosi. Si dovrebbe far funzionare l'ospedale sette giorni su sette, le AFT per le 16 ore previste dalla legge Balduzzi, modellare tutta l'organizzazione sul fatto che la produttività dei servizi medici è solo parzialmente dipendente dalla tecnologia; in realtà il medico deve avere tempo a disposizione per il paziente, se la relazione ha ancora un senso. La produzione della sanità implica una produttività fondata sul tempo disponibile per la correttezza e completezza delle prestazioni. Ma tutto ciò non basta per una reale innovazione.

In realtà ancora gli esiti delle cure mediche non sono così conosciuti da fondarsi sopra un'efficace assegnazione delle risorse. Tra l'incremento della domanda di prestazioni e il minor finanziamento, ciò che mette veramente in crisi qualsiasi tipo di assistenza pubblica o privata è l'aumento esponenziale dei costi dell'innovazione.

Allora i risultati delle cure sono essenziali altrimenti non sapremo mai come allocare le risorse in modo da renderle produttive per la salute dei cittadini. I costi incrementali riguardano essenzialmente farmaci e dispositivi, ma i risultati dipendono dall'organizzazione, dal coinvolgimento dei professionisti, dalla formazione, dalla relazione con i pazienti, dalla capacità politica di rinnovare un patto con la cittadinanza sui limiti della medicina.

Una vera riforma non può che fondarsi sulla valutazione degli esiti e questa dipende infine dalla capacità dei medici di rispondere dei propri atti rivendicando una concreta autonomia. Difficile è far capire ai cittadini e agli amministratori come si sta evolvendo la medicina, tentare è però essenziale per garantire in futuro la professione e la salute.

TM

**Dal 2016 Toscana Medica
diventa digitale! Si prega di registrarsi:
<http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti>**

S. BIANCHI¹, F. EGIDI², P. FRANCESCONI³, C. MARINAI⁴, E. MINETTI⁵, M. UCCI⁶

Una patologia da riconsiderare: il rene policistico autosomico dominante

TOSCANA MEDICA – Iniziamo con un inquadramento generale della patologia "rene policistico".

MINETTI – Il rene policistico autosomico dominante (ADPKD) per i nefrologi rappresenta una patologia di grande interesse, essendo la più frequente condizione ereditaria che interessa il rene, caratterizzata da una evoluzione progressiva verso l'insufficienza terminale di organo. Colpisce circa 4 persone ogni 10.000 ed in questo senso può essere considerata una malattia "rara", anche se i riscontri autoptici parlano di cifre molto più alte a causa del grande numero di casi che rimangono asintomatici in relazione alla penetranza della malattia. La forma più frequente, riscontrata in circa l'85% dei pazienti, è quella autosomica dominante in cui si ha una mutazione che interessa il gene posto sul cromosoma 16 che codifica per una proteina chiamata appunto policistina. Il restante 15% dei casi si riferisce ad una

alterazione di un gene posto sul cromosoma 4 che codifica per un'altra proteina definita policistina 2. A questi due quadri di alterazione genetica si legano i differenti comportamenti nell'andamento clinico della malattia.

EGIDI – A completamento di quello che ci ha appena detto il dottor Minetti, ricordo che esiste una forma recessiva di rene policistico, più rara, che colpisce l'infanzia e che conduce precocemente e all'insufficienza renale cronica. Inoltre non dobbiamo dimenticare che la localizzazione renale della malattia policistica in circa il 5 - 6% dei pazienti può essere riscontrata anche in altri organi come il fegato o le arterie cerebrali dove si ritrova il cosiddetto aneurisma di Berry, che in seguito a rottura può indurre emorragia cerebrale e morte prematura.

TOSCANA MEDICA – Dottor Francesconi quali sono i dati epidemiologici di questa malattia nella nostra Regione?

| Diagnosi | M | F | Tot | ‰ |
|--|-----|-----|-----|------|
| 593.2 Cisti renali acquisita; cisti rene | 149 | 151 | 300 | 5,3 |
| 753.1 Malattia cistica rene | 59 | 37 | 96 | 1,8 |
| 753.11 Cisti renale congenita, singola | 38 | 23 | 61 | 1,1 |
| 753.12 Rene policistico | 22 | 11 | 33 | 0,6 |
| 753.13 (ADPKD) | 19 | 10 | 29 | 0,5 |
| 753.14 Rene policistico autosomico recessivo | 1 | 1 | 2 | 0,04 |
| 753.17 Rene a spugna | 2 | 0 | 2 | 0,04 |
| 753.19 Rene multi cistico | 25 | 14 | 39 | 0,7 |

Fonte: Dati estratti dai gestionali di 40 MMG - Studio epidemiologico sull'ADPKD in Italia, Rivista Società Italiana Medicina Generale, n. 5, Ottobre 2012



Stefano Bianchi



Francesca Egidi



Paolo Francesconi

¹ Stefano Bianchi, Direttore UOC Nefrologia Ospedale di Livorno;

² Maria Francesca Egidi, Direttore UOC Nefrologia AOUP di Pisa;

³ Paolo Francesconi, epidemiologo dell'Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana;

⁴ Claudio Marinai, dirigente dei Servizi HTA presso ESTAR;

⁵ Enrico Eugenio Minetti, Direttore SOD Nefrologia AO Careggi di Firenze;

⁶ Mauro Ucci, medico di medicina generale a Firenze;



Claudio Marinai

FRANCESCONI – Purtroppo ad oggi non disponiamo di dati di prevalenza di questa malattia a livello regionale. Mi limito pertanto a confermare quello già detto in precedenza, basandomi su dati contenuti in studi europei e cioè che il rene policistico può epidemiologicamente venire considerata una malattia rara, attestandosi la sua prevalenza intorno ai 4 casi ogni 10.000 soggetti.

Da queste cifre si evince che in media un medico di famiglia su due in Toscana potrebbe avere un malato di questo tipo tra i propri assistiti. Altre informazioni possono essere ricavate dai Registri dialitici nazionali che parlano di circa l'8% di casi di rene policistico autosomico dominante in dialisi che, tradotti nella realtà toscana, significano circa 200 persone con rene policistico autosomico dominante.

Percentuali ancora più alte riguardano poi i malati che subiscono il trapianto di organo a causa del rene policistico. In Toscana sui 1700 trapianti di rene eseguiti negli ultimi 10 anni, ben il 14,5% riguardava casi di rene policistico con circa 250 pazienti trapiantati.

EGIDI – Vista la progressione relativamente lenta della malattia, in presenza di donatore vivente, si dovrebbe considerare un trapianto preventivo, proprio per evitare che il malato arrivi alla terapia dialitica.

Sempre per rimanere in tema di trapianto, ricordo che i reni policistici spesso sono organi di notevoli dimensioni per cui potrebbe rendersi necessaria, proprio per fare spazio al nuovo rene, una nefrectomia mono o bilaterale prima del trapianto.

Questa situazione potrebbe impedire il trapianto preventivo in quanto il paziente necessiterebbe di un periodo di trattamento dialitico come ponte per il trapianto.

Infine la nefrectomia in caso di rene policistico può essere indicata anche in senso di prevenzione oncologica data la possibilità di degenerazione maligna di questi organi.

TOSCANA MEDICA – *Quale è la fisiopatologia del danno renale presente nella malattia policistica?*

MINETTI – Al momento la malattia cistica renale viene sempre più spesso considerata concettualmente come una ciliopatia, visto che le proteine codificate dai geni mutati prima ricordati interessano principalmente la popolazione cellulare delle ciglia dei tubuli renali, regolandone i reciproci rapporti, l'attività e l'apoptosi.

Su questi concetti si basano le più recenti opzioni di cura della malattia.

TOSCANA MEDICA – *Abbiamo sentito che la malattia può condurre all'insufficienza renale terminale: quali sono quindi i suoi costi umani e sociali?*

MINETTI – Non sono al momento disponibili dati circa la situazione italiana, però una recente stima dei costi comparata su *Lancet* parla di circa 25.000 dollari annui per pazienti con funzione renale ancora conservata per arrivare addirittura ai 135.000 necessari ogni anno per curare al meglio soggetti con malattia in fase molto avanzata. Calcolando che in Europa ad oggi i casi di malattia policistica terminale sono circa 50.000, ben si comprende quanto "costi" complessivamente questa malattia.

BIANCHI – Per quanto che riguarda i dati disponibili nella nostra Regione, derivanti da uno studio dell'Istituto Sant'Anna effettuato in collaborazione con le Nefrologie toscane, il costo di un paziente negli stadi IV e V (non in dialisi) della malattia renale, considerando costi sanitari diretti ed indiretti ed i costi sociali, si aggira intorno a 10.000 Euro l'anno. Anche considerando un costo lievemente maggiore per i pazienti con rene policistico, in questi stadi di malattia, questo appare decisamente inferiore a quello riscontrato nei Paesi anglosassoni. Da sottolineare infine che i costi sostenuti per i soggetti affetti da una malattia renale, inclusi quindi i pazienti con rene policistico, per quanto elevati siano sempre di gran lunga inferiori a quelli che si debbono sostenere nella fase della terapia sostitutiva (dialisi e trapianto renale).

MINETTI – Sempre tenendo in considerazione la questione economica, ricordo che



Enrico Minetti



Mauro Ucci

i soggetti con rene policistico in linea di massima necessitano della dialisi intorno ai 53 anni di vita, ben prima quindi dei 65 di coloro che vi arrivano per altre cause.

Anche se si tratta per lo più di persone altrimenti "sane" che con relativa facilità possono essere avviate al trapianto, possono tuttavia presentare delle importanti comorbilità quali frequenti infezioni delle vie urinarie o episodi ripetuti di sanguinamento endocistico con la conseguente necessità di ricovero ospedaliero, senza dimenticare il rischio legato alla eventuale presenza di aneurismi intracranici.

TOSCANA MEDICA – *È corretto sostenere che gran parte dei costi della malattia dipendono dalla dialisi e dal trapianto renale?*

BIANCHI – Assolutamente sì, anche se la malattia policistica renale ha un costo elevato in tutti i suoi stadi di evoluzione clinica a causa dei ricoveri spesso necessari, degli accertamenti diagnostici e delle terapie complessivamente richieste, senza dimenticare i costi umani e sociali di difficile quantificazione in senso strettamente economico. In questa ottica penso pertanto si debba ragionare non considerando solo le spese per il trapianto o la dialisi, ma anche i risparmi che si possono ottenere da una buona gestione della malattia nelle fasi precedenti quella terminale.

TOSCANA MEDICA – *Dottor Ucci, quale è il ruolo del medico di medicina generale nell'individuare il più precocemente possibile i segni e sintomi di un'eventuale malattia renale policistica?*

UCCI – Abbiamo già sentito che si tratta di una patologia di raro riscontro da parte dei medici di famiglia la cui diagnosi è stata drammaticamente modificata dall'introduzione delle indagini ecografiche che in questo campo specifico sono andate praticamente a sostituire il referto delle autopsie! (Nel senso statistico, infatti prima sia la mancanza di un rene sia la malattia cistica del rene erano sottostimate). L'ecografia ha ovviamente semplificato moltissimo la nostra azione e ci ha permesso di attuare un primo step diagnostico basato sulla familiarità

eventualmente presente per la malattia in un nostro assistito oppure su episodi di ematuria di difficile inquadramento. Una volta raggiunta la diagnosi di rene policistico è evidente che la medicina generale non può prescindere dalla collaborazione con i colleghi nefrologi.

BIANCHI – Sono completamente d'accordo con il dottor Ucci. Il rene policistico è una condizione geneticamente determinata per cui può essere oggettivamente di difficile identificazione in una popolazione non selezionata come quella che assistono i medici di famiglia. La malattia però deve essere assolutamente ricercata nei consanguinei di coloro che ne sono affetti, come del resto prescrivono le linee - guida in materia che consigliano appunto di effettuare accertamenti mirati almeno nei soggetti maggiorenni consanguinei dei malati. Questa impostazione metodologica è l'unica al momento assolutamente da perseguire per arrivare il prima possibile alla diagnosi.

UCCI – La medicina generale in questo senso ha una fortuna molto più grande



Figura 1 - Abdominal CT scan of an adult with autosomal dominant polycystic kidney disease. Extensive cyst formation is seen over both kidneys, with a few cysts in the liver as well

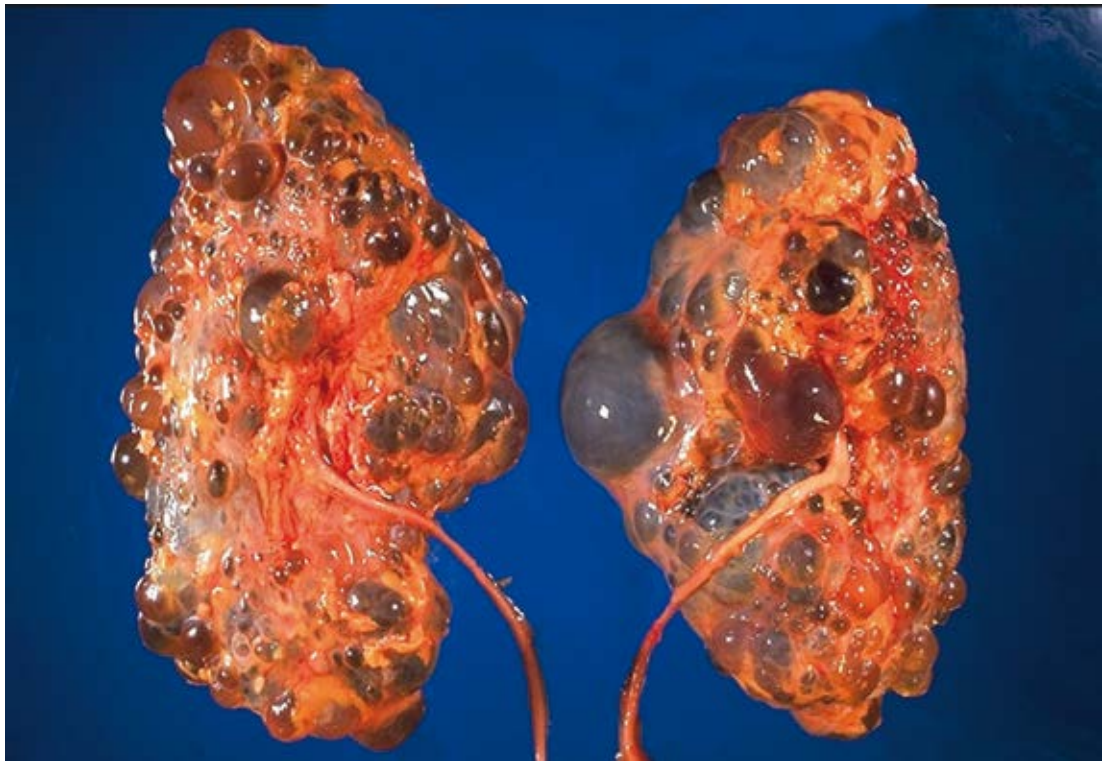


Figura 2 - Gross pathology of polycystic kidneys. Ureters are visible. Content Providers(s): CDC/Dr. Edwin P. Ewing, Jr. Creation Date: 1972 Copyright Restrictions: None - This image is in the public domain and thus free of any copyright restrictions. As a matter of courtesy we request that the content provider be credited and notified in any public or private usage of this image.

rispetto ai colleghi specialisti: infatti si prende cura di un intero nucleo familiare a livello del quale potere attuare tutte le procedure della moderna medicina di iniziativa (quindi poter risalire ad una malattia ad andamento familiare).

TOSCANA MEDICA – *Quale è la prognosi della malattia policistica renale?*

MINETTI – Per prima cosa bisogna ricordare che esiste un 6 - 8% di pazienti che non presentano nessuna familiarità per la malattia e che quindi sono stati colpiti da forme patologiche legate ad alterazioni genetiche insorte ex novo proprio in quel determinato soggetto. In senso generale la prognosi dipende moltissimo dalla mutazione genetica alla base della patologia. In caso di mutazione cosiddetta troncante (PKD1 nonsense), che cioè non codifica per alcuna proteina, l'arrivo alla dialisi è molto più veloce che nei casi (circa il 30% dei pazienti) in cui il gene mutato codifica per una proteina, seppure alterata (PKD1 missense).

La prognosi risulta più favorevole in quei

soggetti in cui si ritrova la mutazione PKD2, senza comunque dimenticare che l'evoluzione clinica di questa malattia è inesorabilmente, prima o poi, verso l'insufficienza renale.

Altri criteri che ci possono aiutare a valutare la prognosi di un determinato malato sono rappresentati dal volume dei reni e dall'età anagrafica al momento della diagnosi, oltre che dal sesso (la prognosi è peggiore in quello maschile) e dal grado di funzionalità renale.

TOSCANA MEDICA – *Ad oggi quali sono gli strumenti a nostra disposizione per cercare di rallentare il più possibile l'evoluzione clinica della malattia policistica renale?*

EGIDI – Fatte salve tutte le considerazioni adesso espresse dal dottor Minetti e senza tralasciare l'aspetto psicologico dei pazienti di fronte ad una simile diagnosi, direi che uno dei primi interventi da attuare è quello di cercare il migliore controllo possibile dell'ipertensione arteriosa sempre presente in questi casi

quale importante fattore di comorbidità. Si possono poi prescrivere appropriate diete ipoproteiche per contenere i valori azotemici e cercare di prevenire le infezioni ed il sanguinamento endocistico che rappresentano ancora oggi una causa importante di ricovero in ospedale. Molte speranze sono oggi riposte nel tolvaptan, un antagonista selettivo del recettore V2 della vasopressina dimostratosi in grado di rallentare significativamente la formazione delle cisti a livello dei reni, in modo da preservare un po' più a lungo la funzionalità del rene, e quindi di garantire un'entrata in dialisi più tardiva, non potendo comunque garantire la guarigione. In letteratura non si hanno dati consistenti con tale trattamento oltre la durata di 3 anni, durante il quale il suo l'impiego è stato influenzato da importanti effetti collaterali come sete, polidipsia, poliuria, comparsa di edemi diffusi, transaminiti. Ovviamente gli effetti collaterali riferiti, sarebbero da controbilanciare con quelli deleteri dovuti al sanguinamento ed infezione delle cisti ed al conseguente esacerbante dolore lombare.

Nonostante qualche studio relativo all'impiego di altre sostanze nella gestione della malattia policistica del rene, la maggiore attenzione degli specialisti è ancora oggi mirata al tolvaptan che ha recentemente ottenuto anche le necessarie autorizzazioni da parte dell'EMA per il trattamento dei pazienti affetti da rene policistico autosomico dominante.

MARINAI – Fino a pochi anni fa le terapie disponibili per la malattia policistica del rene erano essenzialmente quelle rivolte alla sintomatologia che di volta in volta compariva nei pazienti e nessuno pensava ad intervenire sull'evoluzione clinica. Il tolvaptan, come già detto approvato dalle autorità regolatorie europee ed italiane per l'uso negli stati di iponatremia, ha dimostrato di potere rallentare la formazione delle cisti renali, favorendo in tal modo il rallentamento della malattia. Tuttavia, come ha già detto la dott.ssa Egidi oggi, grazie all'arrivo di nuove molecole in grado di modificare il decorso della patologia, rallentandone la progressione, l'approccio terapeutico è destinato a cambiare. Gli studi in merito, che finora

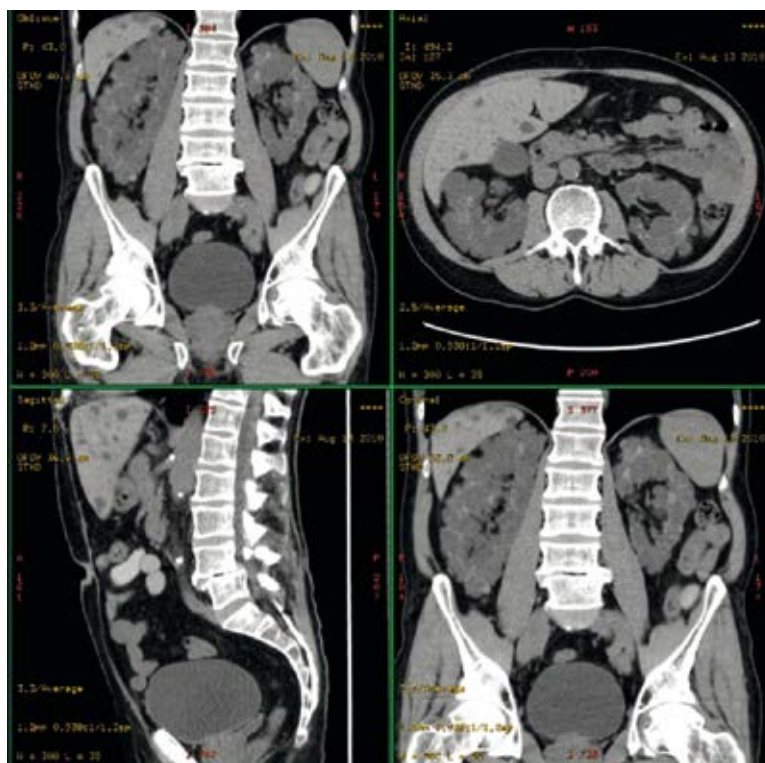


Figura 3 - CT scan showing autosomal dominant polycystic kidney disease

portano dati a 3 anni, hanno dimostrato che il tolvaptan funziona molto bene, riuscendo effettivamente a rallentare l'evoluzione clinica della malattia. I risultati legati al suo impiego sembrano inoltre notevolmente migliori se somministrato in pazienti ancora agli stati iniziali della malattia, spesso asintomatici, i quali potrebbero anche non accettare di buon grado i pesanti e ben conosciuti effetti collaterali, in primo luogo la poliuria, situazione più difficile da gestire.

Pertanto, dal punto di vista del farmacista ospedaliero un aspetto importante legato all'arrivo di nuovi prodotti, specialmente quando destinati ad una patologia per la quale non esiste ancora una terapia, è rappresentato dal costo e dall'impatto che l'introduzione della nuova tecnologia avrà sul SSN. Ancora non sappiamo a quale prezzo verrà registrato il tolvaptan tuttavia sarà importante trovare il giusto rapporto costo/beneficio ed il corretto target terapeutico.

BIANCHI – Anche se siamo di fronte ad una malattia ancora relativamente orfana di terapie specifiche, il controllo dell'ipertensione arteriosa, una corretta alimen-

tazione e la prevenzione delle infezioni, come in precedenza ricordato, possono contribuire a tenere sotto controllo la situazione con la sorveglianza dei medici di base e degli specialisti nefrologi.

Le cose probabilmente cambieranno nei prossimi anni, se si considera che attualmente sono in corso ben 25 importanti studi incentrati su differenti molecole e diverse strategie di cura.

Per quanto riguarda la situazione attuale, io credo che il tolvaptan sia un farmaco estremamente utile, ad oggi l'unico per il quale è stato possibile dimostrare in maniera scientifica un'ottima efficacia nel rallentare la progressione della malattia policistica renale.

In questo senso credo pertanto che anche l'analisi dei costi e la sostenibilità del suo impiego clinico debbano essere considerate nella giusta proporzione del rapporto costo/beneficio.

MINETTI – Un aspetto importante da valutare quando si esaminano le potenzialità di una nuova molecola è certamente rappresentato dalla selezione dei pazienti nei quali impiegarlo. Come già detto un criterio di valutazione importante nella stadiazione della malattia policistica renale è la misurazione del volume del rene o dei reni interessati. Oltre alle normali metodiche radiologiche che ne misurano i diametri antero-posteriore, longitudinale o trasverso, disponiamo oggi di metodiche TAC che, basate sull'impiego di appositi software, riescono a misurare con grande esattezza il reale volume dell'organo malato. Si tratta di tecniche ancora non del tutto entrate nella comune pratica clinica, che comunque necessitano della collaborazione partecipata di radiologi specificamente a conoscenza dei diversi aspetti della malattia.

TOSCANA MEDICA – *Sicuramente, l'introduzione di nuove opzioni terapeutiche genererà un incremento dei costi a carico del SSN, quantomeno quelli a breve termine. Quando però questi soggetti arrivano a necessitare della terapia dialitica o addirittura del trapianto renale, i costi diretti ed indiretti del percorso di cura diventano ugualmente molto alti. In questo contesto come si inserisce il*

concetto di sostenibilità degli interventi sui quali decidere di investire?

EGIDI – Purtroppo, per nessuna delle molecole ancora in studio o già approvate per il trattamento dell'ADPKD sono disponibili studi a lungo termine che ne dimostrino in maniera incontrovertibile il vantaggio economico dell'impiego precoce rispetto ai costi della dialisi. Per quanto riguarda tolvaptan i dati in nostro possesso al momento si limitano alla constatazione che questa molecola si è dimostrata in grado di rallentare la formazione delle cisti renali riducendo il volume dell'organo e di stabilizzare il filtrato glomerulare, con qualche abbandono della terapia a causa dei suoi effetti collaterali. Ancora sulla questione economica: oggi sappiamo che la dialisi "costa" per ogni paziente circa 45 - 50 mila Euro all'anno, più o meno quanto il trapianto di rene durante il primo anno dopo l'intervento. In seguito però il risultato chirurgico andato a buon fine presenta dei costi annui nettamente inferiori alla dialisi e di questo credo se ne debba necessariamente tenere conto.

MARINAI – Senza considerare gli importantissimi costi umani e sociali del rene policistico e rimanendo in un ambito strettamente economico, è indubbio che oggi ci dobbiamo confrontare con un farmaco certamente di nicchia che per la prima volta in assoluto appare in grado di modificare in maniera assai significativa il decorso clinico di una malattia estremamente impegnativa. Credo sia compito dei clinici arrivare ad un accordo quanto più possibile condiviso per stabilire se sia meglio in un determinato paziente continuare con la terapia medica oppure avviarlo il prima possibile al trapianto, senza dimenticare tutte le problematiche connesse a quest'ultima opzione di cura a cominciare dalla lunghezza delle liste di attesa.

BIANCHI – A mio parere il tolvaptan ha avuto il merito enorme di avere scosso noi nefrologi da una sorta di inerte fatalismo di fronte alla scarsità di cure per la malattia cistica del rene. Il rinnovato interesse per questa condizione ha portato ad un numero significativo di studi che si

propongono di individuare altre opzioni terapeutiche, alcune delle quali, se validate, presenterebbero un costo davvero ridotto, come ad esempio, gli schemi di idratazione con alti volumi di introduzione idrica o l'impiego degli inibitori dell'aldosterone.

TOSCANA MEDICA – *Dottor Ucci, a fronte delle nuove opportunità di cura per i soggetti con rene policistico è auspicabile una revisione dei meccanismi di collaborazione tra medici di base e specialisti, magari con la creazione di un apposito percorso diagnostico-terapeutico?*

UCCI – Sono assolutamente d'accordo, soprattutto di fronte all'importanza di una

diagnosi sempre più precoce della malattia. Credo che i nuovi mezzi informatici che finalmente saranno presto disponibili, come per esempio il fascicolo sanitario elettronico, certamente andranno a migliorare la comunicazione tra medici di famiglia e specialisti per un migliore presa in carico di questa classe di pazienti. I risultati migliori in questo senso saranno ovviamente quelli ottenibili nei soggetti con ancora una buona funzionalità d'organo. La questione dei costi di queste nuove terapie, a mio parere, è sempre quella con la quale dobbiamo necessariamente confrontarci di fronte a patologie che interessano un numero relativamente limitato di pazienti (ma per questo non meno importanti).

ANTONIO PANTI

Scenari nuovi per la terapia

Il rene policistico autosomico dominante è una malattia rara perché colpisce quattro casi ogni diecimila abitanti; probabilmente l'incidenza è maggiore perché alcuni casi asintomatici possono rappresentare un reperto casuale ecografico o autoptico. Comunque questi numeri fanno inquadrare il rene policistico tra le malattie rare di natura genetica con due varianti, una più frequente che rappresenta circa l'85% dei casi. La forma giovanile è assai più rara rispetto a quella che compare intorno ai 20 anni ed evolve in qualche decennio in insufficienza renale cronica da sottoporre a dialisi o a trapianto.

La malattia policistica può colpire anche altri organi ma la patologia più importante è quella renale: si calcola che solo in Toscana circa 200 casi fra tutti quelli sottoposti a dialisi siano affetti da rene policistico che rappresenta anche circa il 15% dei trapianti di rene. Nonostante la progressione piuttosto lenta di questa forma i costi sono elevati sia per la cura delle comorbilità, in particolare l'ipertensione e le forme infettive renali, sia perché si può finire in dialisi con un costo allora di circa 50.000 euro l'anno.

Ecco quindi che i nostri esperti hanno particolarmente insistito sulla necessità di una diagnosi precoce e di una terapia delle comorbilità per rallentare l'evoluzione della forma morbosa verso la dialisi o il trapianto. Il primo spunto per il sospetto diagnostico da parte del medico di

famiglia è senz'altro la familiarità. Quando questa è presente una normale indagine ecografica può già individuare il caso indirizzandolo verso il nefrologo per una più precisa definizione diagnostica, l'impostazione terapeutica e il follow up che è fondato sulla valutazione della filtrazione renale e sul calcolo del volume del rene.

In questa situazione la ricerca si è sviluppata su diversi filoni dei quali uno sembra particolarmente promettente. Si è visto infatti che un farmaco già in commercio per indicazioni diverse può rallentare realmente l'evoluzione della malattia. Ciò rappresenta una vera svolta farmacologica che potrebbe portare, una volta individuato il target di cura, ad un reale beneficio per il paziente e a un rapporto costo efficacia da valutare tenendo conto della eliminazione o dell'allontanamento nel tempo dei costi della dialisi.

Mancano tuttavia studi a lungo termine mentre quelli a breve danno risultati comunque incoraggianti. Dobbiamo anche ricordare che questa patologia, oltre alla sua intrinseca gravità, provoca una condizione psicologica particolarmente penosa per la preoccupazione di trasmettere ai figli lo stesso difetto genetico. Ancora una volta la ricerca farmacologica si rivolge con successo a forme più o meno rare nel quadro dell'evoluzione della Medicina verso la personalizzazione delle cure.

TM



Elisabetta Bertol,
Professore ordinario
di Tossicologia Forense,
Università degli studi
di Firenze

ELISABETTA BERTOL

Le nuove droghe sintetiche

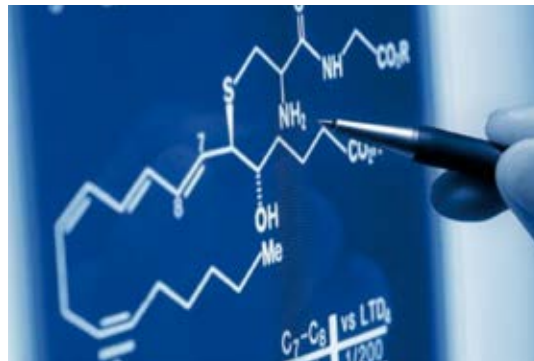
Un dramma che i medici non possono ignorare

La diffusione di "Nuove Droghe", le cosiddette Nuove Sostanze Psicoattive (NSP), è divenuto ormai un problema reale per la Sanità Pubblica, specialmente in riferimento alla popolazione giovanile e adolescente.

Possiamo definire NSP "una nuova sostanza psicotropa, in forma pura o in preparazione, non ancora sotto controllo secondo le Convenzioni delle Nazioni Unite, nei loro più recenti aggiornamenti, ma che potrebbe costituire una minaccia per la salute pubblica paragonabile a quella rappresentata da sostanze già elencate".

Le NSP vengono vendute nel mercato illecito sotto forma di pillole, compresse, capsule, a volte mescolate a materiale vegetale, e sono sintetizzate in laboratori clandestini di relativamente facile allestimento, non necessitando particolari e sofisticate strumentazioni per la loro sintesi.

I "laboratori chimici" clandestini sono infatti spesso realizzati all'interno di edifici domestici o magazzini dismessi e con la stessa facilità con cui possono sorgere, altrettanto rapidamente



possono scomparire senza lasciare traccia.

La sintesi è relativamente semplice, il mercato, secondo le normali leggi del commercio, è avido di NUOVO e non ci sono scrupoli morali, né restrizioni ministeriali o lunghi percorsi burocratici a frenare l'inventiva criminale.

Le NSP sono droghe progettate e disegnate a tavolino da veri e propri "architetti" della droga.

Per questo sono note anche come *Designer Drugs* e il problema risale ancora agli anni fine '80 – quando appunto tale termine fu coniato, per riesplodere in questi ultimi anni, ed in modo ancora più dirompente proprio in quest'ultimo anno.

Piattaforma di lancio e di prova per le nuove molecole? I clienti? Il mondo dell'utenza della droga, specialmente giovanile, che ne fa le spese.

Poco importa se la sostanza possa presentare tossicità, anche comportamentale, l'importante è che piaccia, che faccia presa, che faccia mercato.

In caso contrario la sostanza sparisce dal mercato (non viene più prodotta in quanto "non rende" abbastanza) e se ne fabbricano altre, a ritmo incalzante.

Designer drugs, Legal highs, Herbal highs, Bath salts: questi i nomi in gergo più comuni.

In realtà si tratta principalmente di quattro fondamentali categorie:

- cannabinoidi sintetici
- catinoni sintetici
- fenetilammine
- piperazine

Più in particolare dal 2009 a marzo 2015, sono state registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce 456 molecole, di cui:

- 138 cannabinoidi sintetici
- 77 catinoni sintetici



- 90 fenetilamine
- 19 triptamine
- 35 farmaci vari
- 12 molecole a struttura azepanica
- 17 oppioidi sintetici (di cui 7 analoghi del fentanil)
- 5 piperazine
- 5 analoghi della ketamina
- 3 analoghi della fenciclidina (PCP)
- 55 altre molecole di varia tipologia (sintetiche, sostanze naturali).

Ma ne possono essere "architettate" altre, anche non classificabili né chimicamente né per effetti farmacologici nelle precedenti categorie.

Si può notare come nel corso degli anni ci sia stata una crescita graduale della diffusione di NSP soprattutto per quanto riguarda cannabinoidi e catinoni e derivati fenetilamminici (Figura 1).

Quanto alla **tossicità**, è ormai noto e dimostrato oggi anche attraverso le indagini scientifiche più moderne, che **tutti i tipi di droga creano dei danni alle persone che ne fanno uso e i danni aumentano soprattutto se le droghe vengono assunte da adolescenti, allorquando il sistema nervoso centrale è ancora in evoluzione.**

La **early detection** cioè l'identificazione precoce della diffusione sul territorio e dell'uso di droghe e alcol, è oggi un intervento prioritario.

Oggi il problema è reso più difficile appunto dall'immissione sul mercato di queste spesso sconosciute sostanze psicoattive.

Dobbiamo ricordare ad esempio che i decessi per incidentalità (spesso correlati all'uso di alcol e droga) risultano essere

tra le prime cause di morte nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni.

Alcol, tabacco ed *energy drinks* possono costituire le sostanze psicoattive di primo accesso all'assunzione di sostanze stupefacenti illegali. Negli ultimi anni sono stati prodotti molti *energy drinks* a base di caffeina, sostanza eccitante per eccellenza, che hanno invaso il mercato delle bibite analcoliche, ma che sono impiegate anche come base in cocktail alcolici.

Infatti questi drink percepiti ed associati a un concetto di *energia positiva* vengono mescolati a superalcolici (rum, gin, vodka) ed anche a nuove droghe, spesso di composizione sconosciuta, creando mix estremamente psicoattivi e spesso molto tossici.

Una volta ottenuta una prima disinibizione verso le naturali riserve che quasi tutti gli adolescenti hanno nei confronti dell'assumere sostanze psicoattive per la prima volta, poi accedono con più facilità a sostanze sempre più nocive, ad iniziare dal THC fino ad arrivare a cocaina, amfetamine ecc..

L'uso di droga, ed oggi ancor più la curiosità di provare **nuove sostanze psicoattive**, crea temporaneo, ma spesso permanente danno a organi e tessuti, con alterazione della plasticità neuronale. E questo oggi non è solo teorizzabile, ma si può vedere attraverso le recenti tecniche *neuroimaging* nel campo delle neuroscienze.

Il cervello mostra infatti cambiamenti funzionali, strutturali e metabolici causati dall'uso continuativo di droghe.

L'uso precoce di sostanze farmacologicamente attive sulla psiche comporta una forte

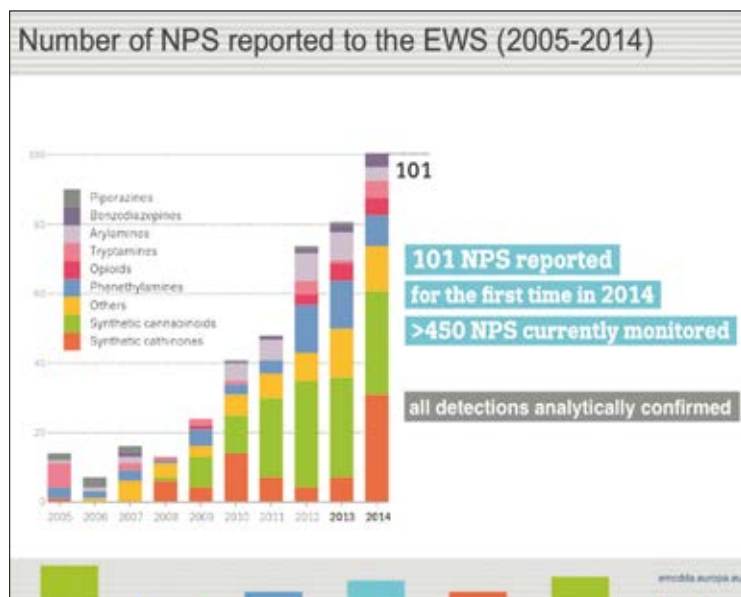


Figura 1



Droghe tradizionali: eroina, cocaina, cannabis, amfetamine...



"Nuove droghe"

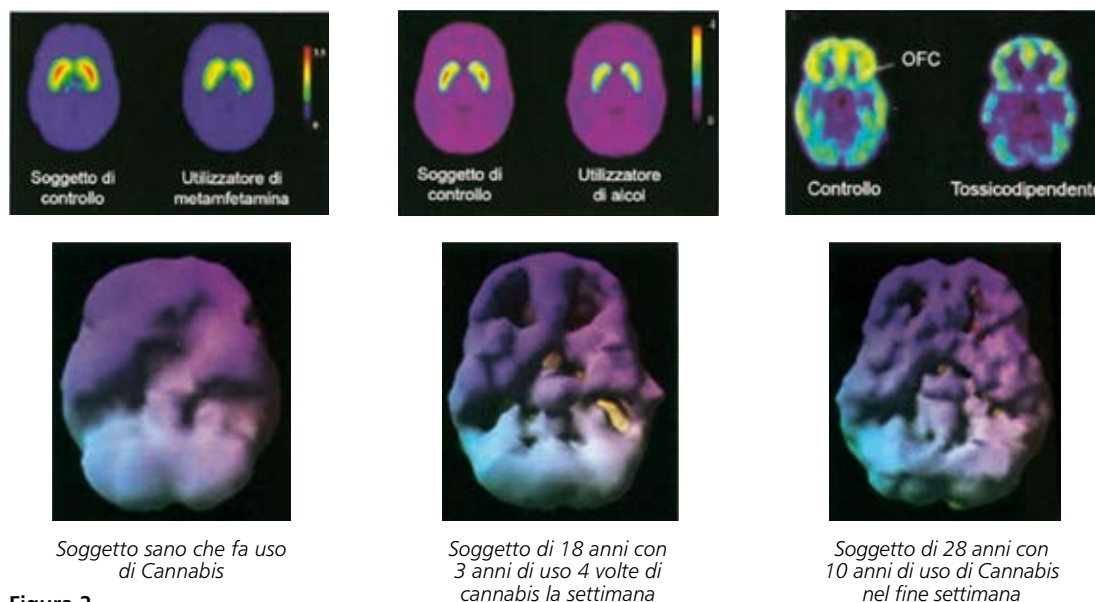


Figura 2

interferenza con i processi di maturazione e sviluppo cerebrale dell'adolescente. È a quell'età che si consolidano diverse funzioni neuropsichiche in relazione sia ai meccanismi di apprendimento, di memorizzazione, della motivazione, del coordinamento e dei sistemi della gratificazione. Sempre nella stesso periodo si sviluppano aspetti importanti della personalità: l'autostima, la *self-efficacy*, i processi di *problem analysis* e la capacità di farvi fronte ecc.

La Figura 2 dimostra quanto avviene in soggetti che usano comunemente la cannabis tradizionale, altrettanto accade a coloro che fanno uso di **cannabinoidi sintetici**, ad esempio il JWH-018 e il JWH-073, ampiamente diffusi in Italia a partire dal 2010. Entrambi si legano ai recettori CB1, gli stessi su cui agiscono i principi attivi della cannabis, ma con azione agonista dalle 3 alle 20 volte superiore a quelli tradizionali.

La comorbilità, chiamata a volte *diagnosi duale*, è stata definita nel 1995 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico».

In molti pazienti dei centri terapeutici il consumo di droghe si unisce ad uno o più disturbi della personalità portando a diagnosi di depressione ed ansia e spesso anche a disturbi psicotici.

Da ricerche recenti emerge che forme psicopatologiche di questo tipo generalmente precedono il consumo di droghe. La prognosi della vera e propria malattia psichiatrica peggiora quando il consumo di sostanze psicoattive ha inizio piuttosto presto e prosegue a lungo termine.

«Quando ci troviamo di fronte a tossicodipendenti, specie a quelli in età adolescenziale tendiamo ad attribuire i loro problemi all'abuso di stupefacenti. Tuttavia, il più delle volte, i consumatori di droghe sono affetti da disturbi concomitanti della salute mentale, disturbi che noi spesso non riusciamo a riconoscere. Nel trattamento dei tossicodipendenti dobbiamo tener conto della comorbilità».

Marcel Reimen
OEDT (Osservatorio Europeo Droghe e Tossicodipendenze).

Con l'avvento delle nuove sostanze attive sulla psiche, tanto più pericolose in quanto sconosciute e per questo ancor più a rischio di tossicità acuta e cronica, il mondo giovanile, fortemente stimolato alla prova, è allo sbaraglio, e la strategia della prevenzione risulta pertanto molto più difficile.

Le "NSP" – L'offerta

Al giorno d'oggi gli adolescenti possono facilmente avere accesso a queste nuove sostanze, a causa della grande varietà dei canali di distribuzione (Smart Shops, Websites, Rave Parties).

In questi "negozi" legali in alcune parti del mondo, come ad esempio in Olanda, vengono vendute le NSP così come altre sostanze tradizionali sotto forma di profumatori ambientali, incensi...

Ampia è la diffusione dei Rave parties, spesso illegali nei quali, nelle maggior parte dei casi, si assiste ad un elevato consumo di sostanze (Figura 3).



Il web facilita l'acquisto anche mediante la promozione e l'inserimento di immagini accattivanti soprattutto per la popolazione giovanile facilmente suggestionabile (Figura 4).

Gli "spacciatori" tramite questi nuovi canali riescono a reperire molto facilmente i principi attivi ed effettuano preparazioni "domestiche" e spesso artigianali delle nuove molecole finali, con tutti i rischi che ne derivano per i consumatori:

- 1) instabilità dei prodotti
- 2) carenza di accuratezza nel dosaggio della quantità di principio attivo.

I mix delle molecole non sono ovviamente indicati sulle etichette delle confezioni né come composizione qualitativa né quantitativa e traggono in inganno il consumatore rispetto al reale contenuto del prodotto inducendolo comunque alla prova con immagini accattivanti e descrizioni di effetti.

Le "NSP" – La Legislazione

Una sostanza per poter essere disciplinata deve necessariamente essere inserita all'interno delle Tabelle delle sostanze stupefacenti

Le NSP cambiano rapidamente sia in base alla domanda che in base al controllo e al contrasto normativo operato nei vari paesi.

L'inserimento nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti è fondamentale per consentire il contrasto da parte delle Forze dell'Ordine che diversamente non potrebbero nemmeno operare i sequestri.

Le organizzazioni criminali che commerciano le NSP hanno caratteristiche diverse dalle organizzazioni tradizionali poiché organizzano i loro mercati su internet utilizzando sistemi di pagamento e spedizione della merce del tutto legali e ordinari (siti internet, carte di credito).

Uno dei punti fondamentali è la promozione della prevenzione e la riduzione della domanda attraverso azioni e misure integrate di educazione precoce per il mantenimento dei *life skills* e di stili di vita sani. Allo stesso tempo occorre una precisa informazione sui rischi e sui danni derivanti dall'assunzione di tali sostanze ai fini di fornire una consapevolezza del problema.

La ricerca nel campo dell'analitica tossicologica sofisticata, propria a tutt'oggi di sole poche istituzioni universitarie, costituisce un altro punto fondamentale per rendere possibile la loro individuazione nei materiali non biologici in sequestro nel mercato clandestino da parte delle Forze dell'Ordine.

Ed ancora di primaria rilevanza deve essere visto, nel campo della ricerca, il connubio interdisciplinare tra la tossicologia forense



Figura 3

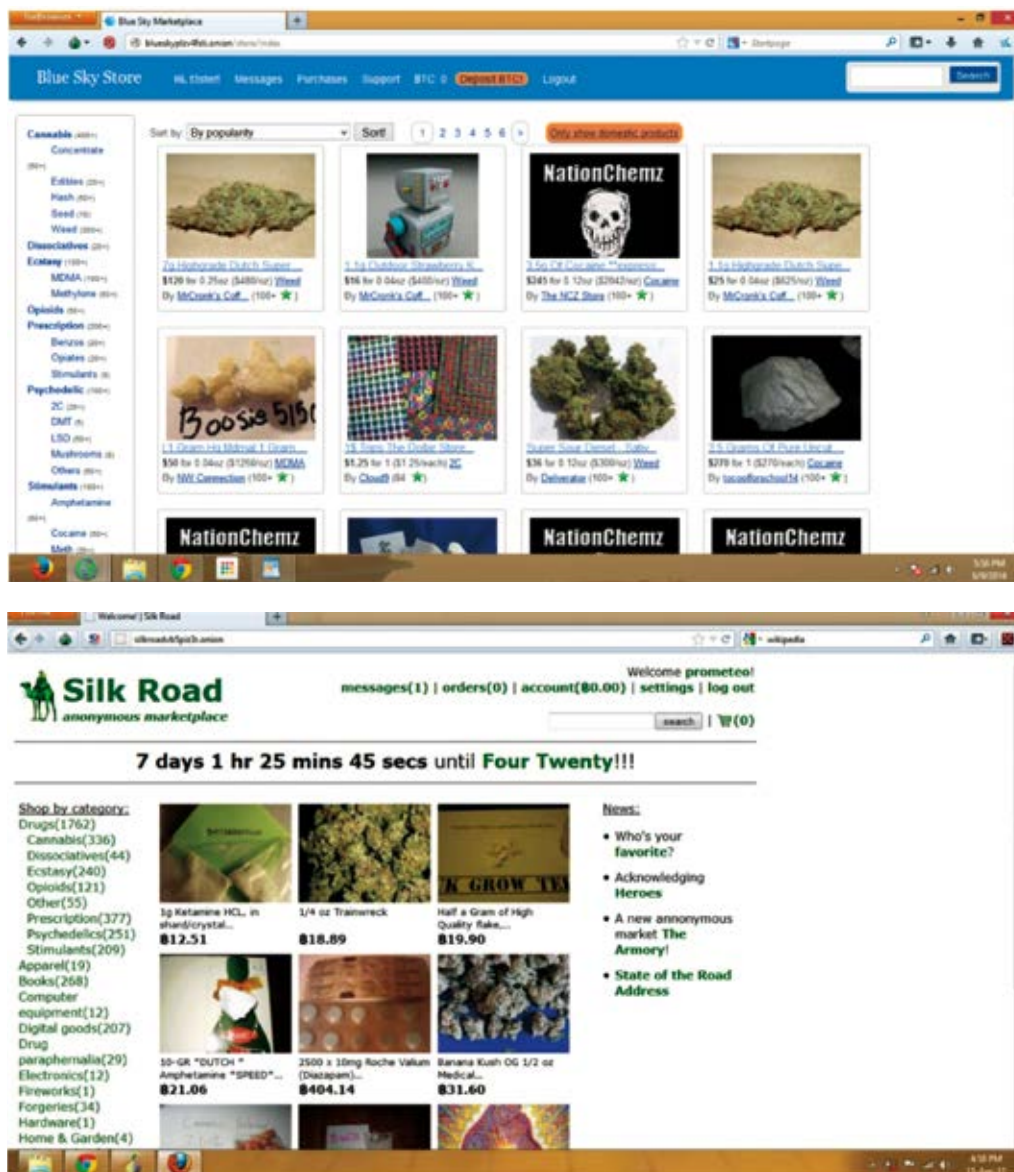


Figura 4

e le neuroscienze, che possa realizzare lo studio degli effetti delle sostanze (vecchie o nuove che esse siano) attraverso l'impiego della tecnologia del *neuroimaging* che dimostra e quantifica i danni cerebrali che, fino a circa venti anni or sono, venivano dedotti dagli effetti, ma non erano documentabili. Un altro elemento fondamentale oltre alla prevenzione, dovrebbe essere quello della "chiarezza delle regole" riguardanti il NON USO, dovendosi considerare l'USO un disvalore, unito ad un alto grado di disapprovazione sociale e all'esistenza di deterrenti legali sia per i consumatori (sanzioni amministrative) che per il traffico e lo spaccio (sanzioni penali).

Non è affatto vero che, oltre al consolidamento della campagna di prevenzione/educazione, la chiarezza delle norme sanzionatorie (non necessariamente in campo penale) non costituisca un deterrente; è dimostrato il contrario. Ad esempio

attraverso l'irrogazione delle sanzioni amministrative della sospensione della patente, è diminuita l'incidentalità stradale mortale causata o concausata dell'uso di alcol e stupefacenti.

Con l'avvento così dirompente delle NSP i problemi, anche nel campo della prevenzione e dell'educazione sono aggravati dal fatto della mancanza di *conoscenza* riguardo al fenomeno.

Ed infatti si deve pensare che se oggi abbiamo una scarsa documentazione di casi di rilevazione nei reperti biologici (sangue/urine/saliva/capelli) di queste Nuove Sostanze Psicoattive, questo è SOLO dovuto alla carenza della loro conoscenza e quindi di protocolli analitici standardizzati e idonei alla loro rilevazione, e NON perché esse ed il loro uso non sia presente nella popolazione.

TM

Info: elisabetta.bertol@unifi.it

GIOVANNI CASTELLINI, ALESSANDRA D. FISHER¹, JISKA RISTORI¹, VALDO RICCA², MARIO MAGGI¹

Il genere: informazione e disinformazione

La falsità della teoria del genere

Pubblichiamo volentieri questo importante contributo certi di offrire un servizio ai colleghi, spesso richiesti di chiarimenti da parte dei cittadini a loro volta turbati da distorsioni ideologiche o fondamentaliste.

Negli ultimi anni in Italia, sono state poste alla pubblica attenzione importanti questioni riguardanti i diritti civili e la bioetica che in varia misura hanno a che vedere con i concetti di orientamento sessuale e di identità di genere. Purtroppo, come a volte accade, tali temi vengono affrontati in maniera strumentale, non scientifica, da stampa e politica, attraverso un insieme eterogeneo di luoghi comuni, false teorie e inutile allarmismo. Per tale motivo è necessario che la comunità scientifica competente (incluso tra questi medici, psicologi, filosofi ecc.) faccia lo sforzo di chiarire e divulgare informazioni corrette rispetto a queste questioni.

Prima di entrare nel dettaglio delle definizioni è importante capire in quale clima culturale nasce la disinformazione ed è fondamentale distinguere i fatti dai luoghi comuni. Ad esempio, relativamente ai diritti civili, in Italia, a differenza di molti altri paesi europei, non esiste ancora una legge che regolamenti le unioni civili, manca una legge sull'omofobia, nonostante i numerosi casi di violenza nei confronti di persone omosessuali e transgender. Inoltre, a differenza di paesi come Gran Bretagna, Olanda, Argentina, la legislazione in materia di riattribuzione del genere è ancora indietro e nella sostanza, per avere un'identità anagrafica coerente con la propria identità di genere, le persone che presentano una diagnosi di Disforia di Genere devono sottoporsi obbligatoriamente a un intervento di sterilizzazione chirurgica.

A fronte di queste carenze, alle quali vanno aggiunte l'assenza di un percorso informativo scolastico circa la sessualità e le malattie sessualmente trasmissibili, sta dilagando in Italia una preoccupante campagna di grave disinformazione sugli studi di genere e di ingiustificato allarmismo sull'educazione ai sentimenti e alla sessualità nelle scuole, così come sui presunti danni di una fantomatica "ideologia del genere". Abbiamo assistito a numerosi attacchi nei confronti d'interventi scolastici su stereotipi e ruoli di genere che si proponevano l'obiettivo di promuovere conoscenza rispetto alla varietà

psicologica e affettiva dei diversi modi di essere uomo o donna, di prevenire fenomeni di discriminazione e di bullismo, nel rispetto delle minoranze e delle diversità.

Teoria del gender. Tale teoria viene spesso confusa (talvolta in maniera strumentale) con il concetto di *medicina di genere*, *gender studies* o addirittura con l'educazione sessuale e al rispetto delle minoranze sessuali e alla parità di diritti e tutele per uomini e donne. Gli utilizzatori del concetto di "teoria del genere" la descrivono come l'ideologia che anima un *complotto* organizzato dalla *potentissima lobby gay* per promuovere l'*omosessualismo* nella società. Essa è definita come un'idea che sostiene la non-esistenza di una differenza biologica tra uomini e donne; la differenza maschile / femminile avrebbe alla base una differenza esclusivamente culturale, secondo la quale gli uomini sarebbero uomini in quanto educati a comportarsi da uomini, le donne sarebbero donne perché sono educate a comportarsi da donne. Quindi, secondo i sostenitori dell'esistenza della teoria gender se non ci fossero queste costruzioni culturali non ci sarebbero differenze tra donne e uomini. Padre Federico Lombardi definisce "l'ideologia del gender" come "la negazione del fondamento oggettivo della differenza e complementarità dei sessi".

Gender studies. In realtà le espressioni "teoria di genere" o "ideologia di genere" esistono: sono la traduzione dall'inglese di *gender theory* e *gender ideology*. Esse sono utilizzate dai sociologi, dagli antropologi, dai filosofi, dagli psicologi e dagli altri studiosi che si occupano dei cosiddetti *gender studies*, in italiano "studi di genere". Studiare il genere significa, ad esempio, occuparsi di come sia cambiato nel corso della storia il ruolo della donna nelle società oppure del perché uomini e donne si comportino diversamente. I *gender studies*, inoltre, hanno promosso, insieme ai *Gay and Lesbian Studies*, la conoscenza e l'approfondimento di tematiche legate al genere in varie discipline (la psicologia,



Giovanni Castellini, medico chirurgo, psichiatra e psicoterapeuta. Dottorato c/o l'Univ. di Brescia e Master in Affettive Neuroscience alla University of Maastricht. Lavora come medico specialista c/o la Clinica Psichiatrica e l'Unità di Medicina della Sessualità e Andrologia dell'AOU Careggi, Firenze. Le principali aree di ricerca riguardano l'eziopatogenesi e clinica dei disturbi dell'alimentazione, dei disturbi della sessualità e della disforia di genere. Collabora con la Burlington University (Vermont, USA), e l'Univ. G. D'Annunzio di Chieti.

¹ SOD di Medicina della Sessualità e Andrologia.

² SOD Psichiatria.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze.

la medicina, la giurisprudenza e le scienze sociali), contribuendo in tal modo alla riduzione del pregiudizio e della discriminazione di genere. In particolare, da tali studi è emerso come il sessismo, l'omofobia, il pregiudizio e gli stereotipi di genere siano appresi sin dai primi anni di vita e trasmessi attraverso la socializzazione, le pratiche educative, il linguaggio, la comunicazione mediatica e le norme sociali. Infine, tali studi hanno ribadito come l'omosessualità rappresenti una variante normale e non patologica della sessualità, in linea con la sua derubricazione dalla classificazione delle malattie mentali e con quanto sostenuto da decenni dalle principali associazioni internazionali scientifiche e professionali che promuovono la salute mentale (tra queste, l'American Psychological Association, l'American Psychiatric Association, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ecc.).

Medicina di genere. Talvolta, il termine "genere" è stato usato al posto di donne, tanto che per alcuni, genere è uguale a donna, mentre altri l'hanno usato come sinonimo di sesso. Tutto ciò ha prodotto una grande confusione per cui dobbiamo affermare che la medicina di genere richiama anche il corpo (Wizemann, 2001; WHO, 2009) e che necessariamente essa comprende gli uomini e le donne. In altri termini, la medicina di genere è chiamata a limitare disuguaglianze di studio, attenzione e trattamento che sono a carico di donne o di uomini. Non costruendo una medicina al femminile e una al maschile, ma applicando il concetto di diversità per garantire a tutti, donne e uomini, il miglior trattamento possibile in funzione della specificità di genere, la medicina di genere supera un certo approccio che considera le donne come "piccoli uomini". Pertanto, la medicina di genere tiene in considerazione le numerose differenze tra uomini e donne, ad esempio la maggiore longevità, che spesso si accompagna a una maggiore disabilità con percentuali superiori di patologie croniche nelle donne rispetto agli uomini. La medicina di genere ha come obiettivo anzitutto il riconoscimento delle differenze di genere da un punto di vista demografico (natalità, aspettativa di vita, mortalità, istruzione e lavoro, stili di vita). Inoltre, valuta le differenze di genere nell'incidenza e nel decorso di varie patologie quali le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete, l'osteoporosi, l'incontinenza urinaria, le malattie rare e infettive. Si occupa inoltre del differente uso dei servizi da parte di uomini e donne (soprattutto nelle malattie mentali), così come delle malattie professionali, degli incidenti domestici. Infine, un posto particolare è occupato dalla salute sociale e riproduttiva, includendo le problematiche connesse all'allattamento, la depressione post-partuum, l'interruzione volontaria di gravidanza, la menopausa, le disfunzioni sessuali maschili e femminili, l'identità sessuale e le violenze di genere.

Genere. Nonostante il termine *genere* sia usato e abusato in vari contesti, non è così scontato che esso sia conosciuto ai più nella sua complessità. Esso deriva dal latino *genus* ed esprime il senso della provenienza, della progenie, della parentela, della famiglia. Nel dibattito antropologico e sociologico contemporaneo, il termine *genere* ha sostituito il termine *sexo* per indicare la tipizzazione sociale, culturale e psicologica delle differenze tra maschi e femmine. Il concetto di *genere* è stato introdotto negli anni Sessanta dai medici statunitensi R. Stoller e J. Money del Johns Hopkins Hospital di Baltimora per distinguere l'orientamento psicosexuale (*gender*) di una persona dal suo sesso anatomico (*sex*). Chiamati a correggere chirurgicamente il sesso di neonati o di adulti con genitali ambigui, essi tendevano a farlo in conformità con le aspettative dei genitori, oppure con i ruoli sociali che i pazienti erano abituati a svolgere, nella convinzione che il genere non è influenzato dal sesso biologico, ma che si struttura sulla base delle influenze ambientali e sociali post-natali.

Tradizionalmente, gli individui vengono divisi in uomini e donne sulla base delle loro differenze biologiche. Nel sentire comune, infatti, il sesso e il genere costituiscono un tutt'uno. Gli studi di genere sottolineano come sia presente una suddivisione, sul piano teorico-concettuale, tra questi due aspetti dell'identità. In generale, l'identità sessuale è costituita da quattro distinte componenti: il sesso biologico, l'identità di genere, il ruolo di genere e l'orientamento sessuale (Zucker, 2002). Per sesso biologico s'intende l'appartenenza biologica al sesso maschile o femminile ed è determinata dai cromosomi sessuali. Il sesso costituisce un corredo genetico, un insieme di caratteri biologici, fisici e anatomici che producono un binarismo maschio/femmina. All'interno di tale binarismo si collocano i Disturbi dello Sviluppo Sessuale (DSD) che sono condizioni congenite in cui lo sviluppo cromosomico, gonadico o anatomico è invece atipico. Infine, il genere rappresenta una costruzione culturale, la rappresentazione, definizione e incentivazione di comportamenti che rivestono il corredo biologico e danno vita allo status di uomo/donna.

Sesso e genere non costituiscono due dimensioni contrapposte, ma interdipendenti: sui caratteri biologici si innesca il processo di strutturazione dell'identità di genere. Il genere è invece un prodotto della cultura umana e il frutto di un persistente rinforzo sociale e culturale delle identità: viene creato quotidianamente attraverso una serie di interazioni che tendono a definire le differenze tra uomini e donne.

Identità di genere. L'*identità di genere* è un concetto a mosaico che indica un continuo e persistente senso di sé prevalentemente come uomo o come donna o come altro genere. L'identità di genere non è definita in modo dicotomico,

ma ha carattere dimensionale e prevede innumerevoli sfumature. L'acquisizione dell'identità di genere è un processo che comporta significati di natura sia cognitiva che affettiva. L'identità di genere costituisce, insieme al ruolo di genere e all'orientamento sessuale, un aspetto della psicosessualità (Zucker K, 2002). Il processo di acquisizione dell'identità di genere è la risultante di una collaborazione tra "natura e cultura", vale a dire tra la maturazione biologica – che a partire dal sesso cromosomico produce, tramite la secrezione ormonale, la diversificazione sessuale del cervello e dell'organismo – e il comportamento delle persone circostanti – che dopo l'assegnazione del sesso alla nascita, si comportano nei confronti del soggetto secondo le regole sociali e le aspettative congruenti al genere attribuito (Gooren L, 2006).

Ruolo di Genere. A livello sociale è necessario testimoniare continuamente la propria appartenenza di genere attraverso il comportamento, il linguaggio, il ruolo sociale. Si parla a questo proposito di ruoli di genere. Il concetto di "ruolo di genere" indica l'espressione esteriore dell'identità di genere e rappresenta tutto ciò che una persona dice o fa per indicare agli altri o a se stesso il grado della sua femminilità, mascolinità o ambivalenza. Il ruolo di genere è un costrutto sociale che dipende dal momento storico e da ciò che il contesto culturale designa come maschile o femminile e come più appropriato al ruolo femminile o maschile (Zucker K, 2002).

Orientamento sessuale. Il concetto di "orientamento sessuale" riguarda la modalità di risposta di una persona ai vari stimoli sessuali e trova la sua dimensione principale nel sesso del partner, che definisce una persona eterosessuale, bisessuale, o omosessuale. L'orientamento sessuale non è dicotomico, ma si estende lungo un continuum che va dall'eterosessualità esclusiva all'omosessualità esclusiva (Zucker K, 2002). Le più recenti versioni dei sistemi classificatori in medicina e patologia mentale (ICD 10, DSM IV) hanno derubricato l'omosessualità dal novero delle malattie mentali e hanno ribadito una concezione dell'omosessualità come variante normale non patologica della sessualità umana. Il disagio psicologico per le persone omosessuali non è legato al loro orientamento sessuale (come sembrerebbero suggerire le cosiddette *terapie correttive*, condannate come non etiche), quanto piuttosto allo stigma e alla discriminazione subiti. Inoltre, l'interiorizzazione fin dai primi anni di vita dei rigidi stereotipi e ruoli di genere e dei pregiudizi sull'omosessualità (*l'omofobia interiorizzata*) è associata a conseguenze negative sul piano sia fisico che psicologico (Huebner e Davis, 2007). Analogo è il costrutto di *transfobia interiorizzata* che indica invece l'interiorizzazione dei pregiudizi e stigma nei confronti delle persone transgender.

Disforia di genere e varianti di genere.

La maggior parte delle persone dà per scontata la propria identità di genere e ha un continuo e persistente senso di sé come maschio o come femmina o come altro genere. Ognuno di noi (molti senza rendersene conto) adotta comportamenti, parole, azioni per indicare agli altri o a sé l'appartenenza personale a un genere. Questo configura il nostro ruolo di genere. Evidentemente, l'applicazione di queste definizioni risente di stereotipi legati alla cultura di provenienza di ognuno di noi: cosa vuol dire comportarsi da vero maschio? Quali caratteristiche deve avere una vera donna? Identità di genere e ruolo di genere fanno parte dell'identità sessuale e sono due concetti interconnessi. Possiamo dire che il ruolo di genere è la modalità con cui una persona esprime esteriormente la propria identità di genere. La formazione dell'identità di genere è il risultato di un compromesso tra personalità e stereotipo che viene offerto, tra chi siamo e chi è bene essere. Di solito si ha la consapevolezza che la propria identità di genere non cambi nel tempo, a seconda dell'età o a seconda degli abiti (costanza di genere). Esistono, tuttavia persone che non identificano la propria identità di genere con il sesso assegnato alla nascita; le cosiddette varianti di genere riguardano l'intero spettro di persone con comportamento di genere atipico. In alcuni casi tale *incongruenza* può determinare un disagio profondo. Le persone con *Disforia di Genere* soffrono perché si identificano in una categoria di genere diversa da quella assegnata alla nascita; tale condizione si manifesta con malessere e disagio nei confronti delle caratteristiche sessuali del proprio corpo e dei comportamenti e degli atteggiamenti tipici del proprio sesso, nel quale il soggetto non si riconosce. Il termine *Disforia di Genere* ha sostituito quello di *Disturbo di Identità di Genere*. La ragione principale è che la parola disturbo introduceva una dicotomia sano/malato che in questo ambito viene considerata stigmatizzante. Tale cambiamento ha comportato una definizione dimensionale più utile sul piano operativo e più attinente alla realtà delle cose. Il termine *transessuale* largamente utilizzato dai media, si riferisce a quelle persone con Disforia di Genere che soffrono di un disagio così intenso da richiedere una riassegnazione di genere e rappresenta solo la punta di un iceberg delle cosiddette varianti di genere. Con il termine *Transgender* si indicano invece tutte quelle persone che temporaneamente o permanentemente non si identificano nel genere assegnato alla nascita, ma che non soffrono necessariamente per questo e/o desiderano una riassegnazione di genere.

TM

Info: giovannicastellini78@hotmail.com



Cristina Bruni, storica dell'arte e Tecnico dell'animazione socio-educativa; ha collaborato a pubblicazioni storico-artistiche, con l'Associazione Toscana Cultura e presentato mostre per l'Associazione Culturale della Robbia. Da ottobre 2014 è membro di OltrePistoia Associazione Culturale

CRISTINA BRUNI, CATERINA BELLEZZA¹, CLARA BEGLIOMINI², MARTINA COLLIGIANI³, SARA BUZZEGOLI⁴, EMILIO PETRUCCI⁵, ELETTRA PELLEGRINO⁶, AURELIO GRECOMORO⁷

"Ai miei tempi": quando ricordare fa bene a tutti

L'esperienza degli ospiti della Residenza Sanitaria Assistita (R.S.A.) di Bonelle

OltrePistoia (www.oltrepistoia.it) è un'Associazione culturale fondata da due storiche dell'arte, che nel 2014 è cresciuta accogliendo al suo interno altre due collaboratrici; promuove la divulgazione della cultura attraverso il proprio sito, avvicina pubblici speciali all'arte cittadina con percorsi e attività ad essi dedicati, organizza gite alla scoperta del territorio e si occupa di attività di didattica museale per le scuole e di laboratori d'arte per bambini e famiglie. L'Associazione ha proposto il progetto "Ai miei tempi...", elaborato e condotto da Cristina Bruni, rivolto agli anziani dell'RSA di Bonelle (Pistoia) gestita dalla Cooperativa Sociale "Gli Altri"; questo è nato per collaborare con la Cooperativa e promuovere la cultura, da una parte, e il benessere psichico dall'altra, unendo le sinergie di entrambe e valorizzandone le peculiarità. L'intervento si è svolto nei mesi di Aprile e Maggio 2015 e si è concluso positivamente, con un momento di incontro comunitario effettuato il 5 giugno 2015.

Il progetto, finalizzato a rinforzare la memoria episodico-autobiografica degli utenti della Residenza, si è articolato in quattro appuntamenti con la proiezione di cartoline d'epoca di Pistoia e provincia, con particolare attenzione a quelle raffiguranti i luoghi di nascita e residenza degli ospiti. Durante la proiezione è stato stimolato il ricordo del loro vissuto, favorendo la socializzazione e lo scambio di esperienze e rievocazioni di fatti del passato, sollecitando quindi una maggiore conoscenza degli altri partecipanti.

Sintetizzando, gli obiettivi degli incontri erano:

- attivare il ricordo del vissuto degli anziani, stimolandone la sfera cognitiva;
- favorire la socializzazione e il confronto assertivo;
- stimolare la conoscenza di sé e dell'altro;
- rinforzare la memoria episodica-autobiografica;
- far rivivere nel ricordo degli anziani il territorio che li circonda;
- stabilire una proficua relazione fra i due Enti.

Tutti gli incontri sono stati registrati e i racconti riprodotti in un piccolo "Taccuino dei ricordi", che è stato consegnato ai partecipanti in occasione della festa di fine progetto, in modo che tutte le loro reminiscenze rimassero in modo permanente

anche su carta, per cui anche i familiari potessero esserne partecipi di quanto i loro cari hanno ancora tanto da dare in dono. L'interazione che si è creata – stimolata anche dall'ascolto attivo e dalla comunicazione assertiva – ha favorito negli ospiti coinvolti la condivisione dei ricordi e la sollecitazione delle loro capacità cognitive. Questo incoraggiamento è per loro un fattore importante e questa esperienza lo ha dimostrato ulteriormente, perché li ha aiutati a conservare la propria dignità di persone, ricche di anni di vita e di storia. Troppo spesso sentiamo dire o si pensa che gli anziani residenti in RSA non hanno più un ruolo; in realtà sono persone che hanno vissuto un corso degli eventi diverso dal nostro, che noi possiamo conoscere solo attraverso le loro parole e i loro occhi, per cui essi sono una testimonianza diretta che nessun libro potrebbe mai uguagliare. Il "compito" degli operatori è proprio quello di ascoltarli e dar loro attenzione; dando importanza e realizzando queste considerazioni, i risultati del progetto sono stati davvero gratificanti. Si è trattato di un'esperienza positiva, non soltanto a livello lavorativo per chi ha condotto l'attività, ma soprattutto umano, perché gli anziani in RSA hanno avuto tanto da comunicare e altrettanto da insegnare, e rivivere nel ricordo il proprio territorio li ha fatti sentire apprezzati e considerati. Da questa esperienza viene spontaneo parificare un anziano ad un libro aperto, la cui "lettura" risulta essere più coinvolgente grazie alla modulazione della voce narrante che, con emotività e gestualità, "raffigura" ciò che ha visto e vissuto ai suoi tempi. Le emozioni che i partecipanti di questo progetto hanno lasciato sono state forti ed intense, ed insieme a Cristina Bruni, con la collaborazione dell'animatrice Sara Buzzegoli, sono state ripercorse diverse vicende: dal racconto di aneddoti, curiosità e storie di vita quotidiana, al racconto di una Pistoia che nella sua fisionomia cittadina è cambiata negli anni. Quest'ultimi ricordi sono stati molto stimolanti e hanno dato oltretutto la possibilità ai partecipanti di conoscere luoghi del territorio che alcuni non avevano mai visto.

Il Direttore commenta: "Ci proponiamo di ripetere l'esperienza in futuro, considerato l'entusiasmo delle persone coinvolte e l'importanza che

¹ Storica dell'arte, Presidente di OltrePistoia

² Storica dell'arte, segretaria e Tesoriera di "OltrePistoia"

³ Laureata in Estetica Filosofica, "OltrePistoia"

⁴ Animatrice R.S.A. Bonelle, Cooperativa Sociale "Gli Altri", Pistoia

⁵ Coordinatore R.S.A. Bonelle e Cantagrillo, Cooperativa Sociale "Gli Altri", Pistoia

⁶ Medico Specialista in Igiene e Med. Preventiva (Ordine dei Medici di Firenze), Direttore R.S.A. Bonelle e Cantagrillo, Cooperativa Sociale "Gli Altri", Pistoia

⁷ Presidente Cooperativa Sociale "Gli Altri", Pistoia

per la nostra Cooperativa hanno le esperienze degli ospiti e la loro voglia di comunicare e condividere”.

Cristina Bruni spiega: “Questo progetto è terminato e non posso che essere soddisfatta, gratificata e arricchita; ringrazio tutti i partecipanti per il tempo passato insieme e per la condivisione dei loro ri-

cordi ed emozioni. Ringrazio OltrePistoia che mi ha permesso di ideare questa attività ma soprattutto la Cooperativa Gli Altri, che mi ha permesso di fare questa esperienza di vita così gratificante”. **TM**

Info: info.oltrepistoia@gmail.com

GIANCARLO VANNOZZI, SIMONA DEIANA¹

Rivisitare la dieta mediterranea

Rivisitare la dieta mediterranea

Molte osservazioni epidemiologiche hanno permesso di rivalorizzare il modello alimentare italiano degli ultimi anni '50 e dei primi anni '60. Il termine dieta mediterranea è spesso abusato, talora non comprensibile o non ben definito. Esso indica un modello dietetico o stile di vita alimentare, caratterizzato da un insieme di alimenti tipico dei paesi dell'area mediterranea (Grecia, Creta, Italia del Sud, Spagna ed altre aree geografiche) di 50-60 anni fa, prototipo esemplare di dieta sana.

Il 16 novembre 2010 a Nairobi l'Unesco ha iscritto la Dieta Mediterranea nella lista rappresentativa del patrimonio culturale immateriale dell'Umanità, riconoscendo tale patrimonio appartenere a Italia, Marocco, Grecia e Spagna. Nel novembre 2013 tale riconoscimento è stato esteso a Cipro, Croazia e Portogallo.

Il primo a intuire la connessione tra alimentazione e malattie del ricambio, quali diabete

mellito ed obesità, fu il medico nutrizionista italiano Lorenzo Piroddi (Genova 1911-1999), considerato il “padre” della dieta mediterranea. Fu però lo scienziato americano Ancel Keys (1904-2004) a studiare e valorizzare il modello dietetico mediterraneo. Keys aveva notato una bassissima incidenza di malattie delle coronarie presso gli abitanti di Nicotera e dell'isola di Creta, nonostante l'elevato consumo di grassi vegetali forniti dall'olio d'oliva, e avanzò l'ipotesi che ciò fosse da attribuire al tipo di alimentazione caratteristico di quell'area geografica. In seguito a questa osservazione prese l'avvio la ricerca *Seven Countries Study*, basata sul confronto dei regimi alimentari di 12.000 persone, di età compresa tra 40 e 59 anni, sparse in sette Paesi del mondo (Finlandia, Giappone, Grecia, Italia, Paesi Bassi, Stati Uniti e Jugoslavia). I risultati dell'indagine non lasciarono dubbi: la mortalità per cardiopatia ischemica risultava molto più bassa presso le popolazioni mediterranee rispetto a Paesi, come la Finlandia, dove la dieta era ricca in grassi saturi (burro, strutto, latte e suoi derivati, carni rosse). Ancel Keys ed altri scienziati che presero parte al *Seven Countries Study*, proseguirono il loro studio a Nicotera (Calabria), Crevalcore (Emilia), Montegiorgio (Marche). Si stabilì a Pioppi (Mollica) e rimase in questa località per oltre 40 anni, continuando a studiare l'alimentazione della popolazione locale. Rentrò a Minneapolis nel 2004 dove morì poco prima di compiere l'età di 101 anni. La sua ricerca scientifica fu condivisa da altri importanti ricercatori e collaboratori tra cui Flaminio Fidanza e Bartolomeo Fidanza. Fu insignito nel 2004 della Medaglia al merito alla salute pubblica dello Stato Italiano. La definizione e la caratterizzazione della dieta mediterranea come modello di sana alimentazione si basano sulle seguenti evidenze storicamente acquisite, razionalmente documentate e tuttora ritenute valide.

1) L'aspettativa di vita per le popolazioni di queste aree geografiche era in quegli anni



Giancarlo Vannozzi, specialista in Malattie dell'Apparato Digerente; è dirigente medico in Gastroenterologia AOU Careggi. Si occupa di dietoterapia e malattie con malnutrizione ed è autore di testi di nutrizione clinica.



¹ Gastroenterologia SOD2, AOU Careggi, Firenze

tra le più alte nel mondo così come l'incidenza per molte malattie croniche, per la malattia coronarica e per certi tipi di tumore era nettamente inferiore rispetto alla maggioranza degli altri paesi.

- 2) I modelli alimentari delle regioni che si affacciano sul Mediterraneo avevano le stesse caratteristiche.
- 3) I modelli alimentari delle diverse regioni mediterranee con queste comuni caratteristiche sono stati correlati con una bassa incidenza di malattie croniche e con un'alta aspettativa di vita.

La sostanza delle evidenze e delle ricerche ha puntualizzato che i paesi dell'area mediterranea presentano una riduzione del rischio per le malattie cardiovascolari aterosclerotiche e per alcuni tumori rispetto ad altri paesi, in particolare a quelli del Nord Europa. L'incidenza inferiore di malattia ischemica di cuore riscontrata nei paesi mediterranei rispetto ai paesi del Nord Europa è stata attribuita alle diverse abitudini alimentari delle popolazioni, ossia alla dieta mediterranea, costituita, 50-60 anni fa e ancora in molte aree geografiche a suo tempo considerate, quali il Sud dell'Italia, da pasta e pane, quantità rilevanti di verdura e di frutta, noci e legumi (più volte assunti durante la settimana), pesce, olio extravergine di oliva, praticamente come principale sorgente lipidica; per il resto formaggio, ma usato con moderazione, yogurt, e carne in *piccolissime* quantità e solo 2-3 volte la settimana: quindi una dieta povera di grassi saturi (animali o vegetali), ricca in carboidrati complessi, olio di oliva, vegetali, fibra. La dieta mediterranea (analizzata nei primi lavori) era tendenzialmente normolipidica (range 25-35% dell'energia totale) e soprattutto bassa in grassi saturi. L'assunzione lipidica può essere anche alta (è infatti errato credere che la dieta mediterranea consista in una limitazione marcata dei grassi), come in Grecia con un introito di grassi di circa il 40% dell'energia totale o moderata come Italia con un'assunzione lipidica di circa il 30% dell'energia. Ma in tutte le situazioni il rapporto tra monoinsaturi e grassi saturi è molto più alto che non nel Nord Europa e nella America del Nord. L'utilizzo del pesce al posto della carne, come alimento proteico di origine animale, comporta inoltre un diverso apporto di grassi, cioè di acidi grassi omega-3, le cui proprietà preventive di numerose malattie sono sempre più documentate ed accertate come veramente possibili. Rifondare la dieta alla luce di quel modello non significa modificare l'attuale alimentazione tramite un ritorno acritico al passato; vuol dire piuttosto dare il giusto spazio agli alimenti tipici della tradizione alimentare delle popolazioni del Mediterraneo quali pane, pasta, legumi, pesce, ortaggi, frutta, olio di oliva, in disuso nella dieta moderna,

troppo spesso caratterizzata da mode alimentari d'importazione, tecnologie e manipolazioni industriali, cibi raffinati e preconfezionati ed eccesso generale in grassi saturi, glucidi semplici e proteine. È stato dimostrato che quel modello alimentare è capace di assicurare un adeguato ed armonico apporto di nutrienti nel rispetto dei bisogni fisiologici dell'individuo.

Sicuramente il ritorno ad un'alimentazione più naturale potrebbe di per sé portare diversi vantaggi nutrizionali, tali da consentire uno stile di vita igienicamente migliore. Ma la rivalorizzazione della dieta mediterranea non è solo un tentativo di rendere più naturale e più genuina la nostra alimentazione; non equivale in sostanza ad una reintroduzione di certi alimenti o modalità di cottura dei cibi e non deve essere considerata austerità alimentare o rinuncia a specifiche innovazioni tecnologiche. La verifica scientifica ha permesso di stabilire che la dieta mediterranea non è solo un'equilibrata ripartizione quantitativa e qualitativa dei nutrienti, e quindi un più corretto equilibrio alimentare, né significa solo *assaporare* cibi più naturali, ma soprattutto rappresenta un modello alimentare che determina un rischio ridotto di ammalarsi ed una qualità di vita certamente ottimale.

Dieta mediterranea e malattie cardiovascolari

La particolare tipologia e la distribuzione dei nutrienti nella dieta mediterranea corrispondono a quell'equilibrio ideale in grado di comporre ed indirizzare l'alimentazione verso una prevenzione mirata, realmente efficace, delle più importanti e diffuse malattie croniche, quali la cardiopatia ischemica aterosclerotica e l'ipertensione arteriosa. Un'alimentazione che sembra davvero proteggere le persone dall'insorgenza, sviluppo e progressione della malattia aterosclerotica ed in particolare della malattia ischemica di cuore è proprio la dieta mediterranea, alimentazione che comprende in particolare olio di oliva, fibra, frutta e verdure, legumi, pesce, con minor introito di carne rossa.

I benefici osservati e riportati sono stati significativi in tutti gli studi e non esistono d'altra parte studi che abbiano dimostrato un impatto negativo della dieta mediterranea sul rischio cardiovascolare. Recenti studi e ricerche epidemiologiche hanno dimostrato e confermato che la dieta mediterranea è in grado di ridurre il rischio di malattia aterosclerotica ed in particolare di ridurre l'incidenza della malattia coronarica, intervenendo su diverse variabili biologiche quali l'assetto lipidico. Una review sistematica eseguita su di un totale di 43 articoli corrispondenti a 35 diversi studi sperimentali ha analizzato gli effetti della dieta mediterranea sulle seguenti variabili: assetto lipidico, resistenza endoteliale, diabete mellito, capacità

antiossidante, malattie cardiovascolari, tumori, composizione corporea. La dieta mediterranea ha dimostrato effetti favorevoli sui livelli delle lipoproteine, sulla vasodilatazione endoteliale, sulla resistenza all'insulina, sul diabete mellito, sulla mortalità cardiaca e cardiovascolare, sulla incidenza di cancro nei pazienti obesi. Studi multicentrici prospettici di coorte hanno inoltre stabilito che l'alimentazione mediterranea è in grado di intervenire positivamente sulla longevità. Evidenze epidemiologiche e studi metabolici suggeriscono che le persone possono trarre reali benefici seguendo le linee alimentari offerte dalla dieta mediterranea e si stima che l'80% delle coronaropatie e il 90% dei casi di diabete mellito tipo 2 possono essere evitati scegliendo questo tipo di alimentazione. I pazienti inoltre ad alto rischio di eventi vascolari aterosclerotici possono ridurre il loro rischio del 75-80% attraverso cambiamenti dello stile di vita ed in particolare delle abitudini alimentari seguendo il modello alimentare mediterraneo in combinazione alla terapia medica. Attraverso una scelta alimentare, corrispondente alle esigenze dell'organismo, si può realizzare quel tipo di stile dietetico senza incorrere in modelli eccessivamente austeri.

Alimentazione mediterranea: i componenti essenziali

Componenti essenziali della dell'alimentazione mediterranea sono l'olio di oliva, i legumi, il pesce, il pane, la pasta, le verdure e la frutta. Secondo la Conferenza Internazionale sulla Dieta Mediterranea i *key elements* sono in sintesi i seguenti.

- Frutta e verdura in abbondanza.
- Cereali, legumi, noci.
- Olio extravergine di oliva.
- Yogurt e formaggio in quantità moderata.
- Uova (non più di 4 uova la settimana)
- Carne rossa (piccole quantità e non frequentemente).
- Pesce
- Pollame
- Vino in piccola quantità.

L'**olio di oliva**, unico grasso di origine vegetale che può essere consumato al naturale, è ritenuto essenziale nel nuovo modello alimentare soprattutto per la composizione in acidi grassi. Dato che l'olio di oliva è la principale sorgente lipidica delle popolazioni mediterranee, il termine dieta mediterranea viene utilizzato per riferirsi a quei modelli alimentari (simili a quello dell'Isola di Creta negli anni '60 o per esempio a molte regioni del Sud dell'Italia) che prevedono ormai storicamente l'olio di oliva come la più importante fonte di grassi. Per le sue caratteristiche chimiche l'olio di oliva è uno dei prodotti alimentari di maggior valore nutrizionale. L'olio di oliva contiene quantità elevate

di acidi grassi monoinsaturi e basse di grassi saturi; è inoltre un'ottima fonte di vitamina E, dotata di proprietà antiossidanti. Per l'elevato contenuto di acido oleico monoinsaturo e per l'abbondanza di sostanze antiossidanti, l'olio di oliva esercita un ruolo benefico preventivo della cardiopatia ischemica aterosclerotica e di altre malattie cronico-degenerative. Senza l'aiuto dell'olio di oliva appare estremamente difficile ottenere gli equilibri dietetici ideali già ricordati tra acidi grassi monoinsaturi e saturi. L'olio di oliva facilita inoltre l'assunzione, tipica nella dieta mediterranea, di legumi e di verdure, incrementandone la palatabilità e la densità energetica.

I **legumi**, componente classico ed indispensabile della dieta mediterranea, sono gli alimenti ideali per il raggiungimento dei principali obiettivi dietetici nella prevenzione delle malattie cronico-degenerative; ricche in proteine di buon valore biologico senza una significativa quantità di grassi saturi, sono fornitori di fibra, di carboidrati complessi e quindi di energia. Bisogna, infatti, ricordare che gli alimenti capaci di fornire proteine di buona qualità sono, in genere, una fonte non trascurabile di grassi saturi ad eccezione dei legumi. Inoltre le proteine contenute in grande quantità nei legumi hanno un basso contenuto di metionina ma sono ricche di lisina. La combinazione dei legumi con i cereali (le cui proteine sono povere di lisina, ma ricche di metionina), come avviene nelle ricette tradizionali italiane (pasta e ceci, pasta e fagioli) permette di realizzare una "mutua integrazione delle proteine" con il risultato di una qualità proteica notevolmente completa.

Il **pesce** soddisfa il fabbisogno dell'organismo in proteine animali. Le caratteristiche nutrizionali più importanti del pesce sono il basso contenuto lipidico globale (salvo alcune eccezioni) e la presenza di acidi grassi altamente insaturi della famiglia omega-3, il cui ruolo nella prevenzione dell'aterosclerosi è stato negli ultimi 10-15 anni ampiamente analizzato e diffusamente acquisito. Un incremento del consumo di pesce (e quindi di acidi grassi omega-3), nell'ambito di una dieta a basso tenore di grassi saturi e contemplante l'utilizzo dell'olio di oliva, esplica effetti altamente positivi nella prevenzione delle malattie cardiovascolari aterosclerotiche.

La **pasta ed il pane** rendono *nobile* la dieta mediterranea: questi alimenti, spesso radiati da molte diete in circolazione, sono il supporto ideale del modello auspicato di alimentazione sana e naturale. La pasta ed il pane sono i maggiori apportatori di amido ed il loro utilizzo contribuisce ad un giusto equilibrio delle altre componenti nutritive. La pasta in particolare dovrebbe essere consumata quotidianamente per raggiungere un idoneo apporto calori-

co, rappresentando peraltro la base glucidica essenziale nella realizzazione operativa di una dieta razionale in tutte le fasi della vita e nelle diverse situazioni fisiche e fisiologiche.

Determinante nella dieta mediterranea è l'assunzione di **verdura** e **frutta**. La verdura fornisce vitamine, sali minerali, oligoelementi, fibra ed acqua. La dieta di molti bambini, adolescenti ed anziani è spesso carente di verdura. Talora la sua assunzione è saltuaria o in quantità nettamente inferiore a coprire i fabbisogni soprattutto di fibra alimentare. La dieta mediterranea comprende invece un'integrazione articolata e costante di verdure, piatti costituiti da verdure e cereali, combinazioni tradizionali di verdure con altri alimenti e non prevede quasi mai la verdura come un semplice contorno.

L'aggiunta di **spezie** ed **aromi** arricchisce la dieta, rendendola più palatabile. La disponibilità nel bacino del Mediterraneo di molte piante aromatiche (basilico, prezzemolo, rosmarino, cipolla, aglio, peperoncino) consente di arricchire i diversi piatti di sapori particolarmente gradevoli e può contribuire alla riduzione della quantità dei condimenti.

In conclusione, da anni esistono ragionevoli e documentate certezze che ci permettono di potere affermare che la dieta mediterranea rappresenta il modello alimentare più idoneo per il mantenimento dello stato di salute e la prevenzione di molte malattie.

Dieta mediterranea: olio di oliva e malattie

Stabilito che esistono valide ragioni e sufficienti certezze per affermare che la dieta mediterranea è in grado di proteggere da molte malattie, sembra opportuno ribadire un concetto fondamentale: il modello alimentare mediterraneo o meglio l'alimentazione mediterranea comprende sia in Spagna che in Italia o in Grecia una caratteristica comune ossia l'olio extravergine di oliva. Al momento possiamo delineare in sintesi quanto segue.

Studi epidemiologici anche recenti suggeriscono che la dieta mediterranea, ricca in olio extravergine di oliva, riduce il rischio di malattie cardiovascolari.

La dieta mediterranea è capace di migliorare o comunque di modulare in senso positivo quelle variabili che rappresentano fattori e condizioni di rischio per le malattie cardiovascolari quali l'assetto lipidico, la pressione arteriosa, il metabolismo del glucosio.

Nei paesi dove le popolazioni seguono la tipica dieta mediterranea come la Spagna, la Grecia, l'Italia, paesi dove l'olio extravergine di oliva è la principale sorgente di grassi, l'incidenza dei tumori è più bassa rispetto a quella di paesi del Nord Europa.

Secondo i più recenti studi, la dieta medi-

terranea basata sull'olio di oliva è compatibile con una vita salutare e un'aumentata longevità.

Nonostante i progressi scientifici degli ultimi anni, il ruolo dei diversi componenti dell'olio di oliva rimane ancora non completamente definito e necessita pertanto di ulteriori indagini.

La dieta mediterranea... ma cosa è veramente?

L'interrogativo essenziale che emerge nella verifica critica delle molte informazioni relative alla dieta mediterranea, la domanda cioè più naturale e più elementare è proprio la seguente: cosa è la dieta mediterranea, che cosa definisce e da cosa è definita la dieta mediterranea?

Sebbene ogni paese del bacino del Mediterraneo ha la propria personale dieta o stile di vita alimentare, è possibile trovare in tutte le regioni del Mediterraneo molte caratteristiche comuni tali da permettere di considerare queste diete *regionali* come varianti di una singola entità, ossia la dieta mediterranea. Tutti i modelli alimentari più considerati (greco, italiano, spagnolo) hanno sicuramente in comune una particolare realtà e cioè l'olio di oliva. Potrebbe quindi essere giusto definire la dieta mediterranea come quel modello alimentare trovato nelle aree in cui si coltiva l'olivo negli ultimi anni '50 e nei primi anni '60, quando le conseguenze della seconda guerra mondiale erano superate ed ancora la cultura del *fast-food* non era arrivata a diffondersi in tutte le aree del mediterraneo. Dieta mediterranea quindi quale modello alimentare simile in molte regioni del bacino del Mediterraneo, per tanti aspetti unico e originale, perché paesi con tradizioni e storie diverse si sono trovati a possedere più o meno lo stesso stile alimentare o comunque le stesse particolarità nutrizionali. Senza enfatizzarne le proprietà, questo tipo di dieta tipico di determinate aree geografiche definisce un modello alimentare che protegge le persone da molteplici disordini e malattie ed è in grado di prevenire specifiche malattie quali la malattia aterosclerotica nelle sue svariate forme cliniche.

Volendo chiarire più esattamente il significato di dieta mediterranea bisogna affermare che il termine *mediterraneo* non è appropriato. Non esiste una dieta mediterranea, ma *molte diete mediterranee*, dato che ogni paese che si affaccia sul Mediterraneo ha una propria cultura ed una propria storia, oltre ad avere abitudini, tradizioni e religioni diverse. Con questo possiamo confermare quanto già scritto: esistono diverse diete mediterranee, forse tante, sicuramente però tutte raffiguranti un unico modello alimentare, lo stesso modello nell'ambito di tradizioni e culture anche molto diverse tra loro, ma con una base simile che fa parte della stessa storia di tutte le popolazioni che vivono nei paesi del bacino del Mediterraneo.

Non esiste quindi alcun dubbio che la dieta mediterranea possiede molteplici identità e ha vissuto sicuramente cambiamenti profondi anche per la modernizzazione dell'industria alimentare e la *scoperta* di alimenti diversi. Ma la solidità e la validità dell'alimentazione mediterranea storicamente antica e storicamente confermata come dieta adeguata e salutare si basano sulle numerose dimostrazioni che nel loro insieme hanno evidenziato con estrema coerenza e razionalità che questo tipo di alimentazione, unitamente all'attività fisica, comporta un minor rischio per malattie croniche, neoplasie e disordini metabolici, una qualità di vita migliore e una maggiore longevità. La dieta mediterranea **definisce allora uno stile di vita**, un'alimentazione ragionata alla luce delle tradizioni più antiche e ripensata con l'aiuto della potenziale capacità della industria alimentare più intelligente e lungimirante di rendere più sicuri e più naturali gli alimenti e il cibo in genere. Definisce inoltre un'alimentazione completa, equilibrata, variata, naturale ma *non austera, genuina ma non povera*. L'alimentazione mediterranea infine è definita dagli effetti positivi che è in grado di determinare, dai risultati sulla salute delle persone, dalla straordinaria ricchezza delle sue caratteristiche (basti pensare all'infinita varietà di piatti a base di verdure, a piatti unici completi, alle semplici ricette culinarie e alle combinazioni alimentari mai artificiali e sempre o quasi facilmente eseguibili).

Conclusioni

Frequentemente la vera storica e ragionevole definizione di dieta mediterranea viene dimenticata oppure alcuni suoi aspetti più autentici sono ignorati o non correttamente considerati. Essa è talora confusa con una dieta povera ed austera e non è raro osservare che alcune abitudini alimentari *regionali* sono etichettate come tipiche mediterranee solo per alcuni caratteri che richiamano parzialmente l'autenticità della dieta mediterranea. Non è poi così inconsueto vedere linee guida dietetiche che, senza motivazioni dimostrate e verificate come valide, considerano come sconsigliabili o inutili la pasta e il pane, i legumi e la frutta o addirittura indicano come pericoloso l'utilizzo dell'olio di oliva per cucinare.

L'alimentazione mediterranea è un nuovo modello nutrizionale e contemporanea valorizzazione di un diverso stile di vita. Essa costituisce una **tradizione antica** capace di contribuire al raggiungimento o al mantenimento di una salute accettabile e probabilmente ottimale, senza richiami a false utopie, ad *estetici* e stravaganti indirizzi dietetici e miracolosi rimaneggiamenti culinari. La dieta mediterranea (ma, sembra giusto sottolinearlo, **esclusivamente la dieta propria di specifiche aree geografiche** che si affacciano sul Mediterraneo, quali

il Sud dell'Italia e la Grecia), esaminata ed indicata come un modello dietetico sano, in grado cioè di incidere concretamente sul benessere a lungo termine delle popolazioni, offre inoltre sensazioni alimentari piacevoli che appaiono oggi sempre di più importanti per una buona qualità di vita in tutte le età. Per le popolazioni del Mediterraneo il modello alimentare mediterraneo descrive una dieta tradizionale che può e che deve essere mantenuta, rivisitata e rivalorizzata, pur nell'ambito del moderno stile di vita; per gli americani, per i nordeuropei e per tutti coloro che vogliono migliorare la loro dieta, la dieta mediterranea descrive ed indica, nella sua ragionevole semplicità, un modello alimentare attrattivo per la sua famosa palatabilità così come per gli effetti positivi sulla salute e che deve essere adottato nella sua interezza o in associazione ad altri stili nutrizionali documentati come tradizionalmente benefici.

Non c'è dubbio che, nel momento stesso in cui molti autori anglosassoni valorizzano quello che noi erroneamente crediamo di conoscere molto bene, nella maggior parte delle regioni mediterranee, anche del Sud dell'Italia, le abitudini alimentari sono cambiate e da un tipo d'alimentazione basato su cereali, legumi, frutta, verdura, olio di oliva, pesce, siamo passati ad un'iperalimentazione, caratterizzata da un consumo sempre più ricco di grassi saturi animali e vegetali, di proteine animali, di zuccheri semplici. Molti cibi italiani sono *americanizzati* a tal punto che sono diventati così ricchi di grassi, colesterolo, sodio, energia, da essere diventati completamente diversi dai cibi tradizionali da cui dovrebbero derivare.

Ma quello che più sembra preoccupare è che la dilagante disinformazione culturale al riguardo indica alcuni prodotti alimentari (molti a buon mercato, ma di dubbia qualità nutrizionale) come i "nuovi alimenti" capaci addirittura di prevenire malattie e disordini. Nonostante che la dieta mediterranea abbia subito profonde modificazioni e progressive involuzioni negli ultimi anni, alcuni cibi fondamentali sono tuttora la base del modello alimentare di molti paesi e sono consumati tradizionalmente come negli anni '50 e '60.

La speranza è che tutti i dati esistenti e le certezze scientifiche nella loro globalità, quelle più elementari e quelle più complesse, non siano *relegate in torri di avorio* né siano solo oggetto di conversazioni congressuali, ma siano materia di approfondimento, di verifica critica e di riflessione per gli operatori del settore didattico (medico-biologico e non) e per quanti hanno la diretta ed importante responsabilità dell'informazione ecologica e alimentare.

TM

Info: gian.vannozzi@alice.it



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Consiglio Sanitario Regionale

Medicina complementare per il mal di schiena

Prove di efficacia in letteratura internazionale

Pubbllichiamo l'allegato alle Linee Guida sul back pain, apparso su *Toscana Medica* n. 8 di settembre 2015, inerente il ruolo delle Medicine Non Convenzionali.

Il mal di schiena è uno dei motivi più comuni per i quali i pazienti si rivolgono alle CAM (*Complementary and Alternative Medicine*) e, in particolare, ad agopuntura, fitoterapia, omeopatia e terapie manuali, che sono le medicine complementari più diffuse (National Health Interview Survey 2007).

Anche un recente *report* dell'Agenzia statunitense per la salute e la ricerca di qualità (AHRQ, 2010), facendo riferimento ad oltre 100 pubblicazioni, conferma questi dati. Fra le varie opzioni le manipolazioni vertebrali e la chiropratica sono, soprattutto negli Stati Uniti, le terapie complementari utilizzate più spesso, seguite dal massaggio e dall'agopuntura. Un numero più limitato di pubblicazioni ha valutato, inoltre, le percentuali di utilizzo delle CAM nel trattamento delle diverse aree del rachide, rilevando il loro impiego soprattutto nel trattamento del dolore in regione lombare. Una rassegna sistematica del 2014 ha aggiornato questi dati e riscontrato che le CAM più usate sono terapie manuali, agopuntura e massaggio.

Agopuntura ed MTC (medicina tradizionale cinese), fitoterapia, omeopatia e medicina manuale sono una risorsa del Sistema sanitario regionale toscano dagli anni novanta del secolo scorso e fanno parte dei livelli essenziali di assistenza integrativi regionali. Dal 2009 un rappresentante delle medicine complementari partecipa al Consiglio sanitario regionale per l'integrazione delle medicine complementari nel SSR e dal 2011 alla Commissione per la lotta al dolore dello stesso Consiglio.

Agopuntura e MTC

L'agopuntura è citata in diverse Linee guida internazionali per la lombalgia; per esempio le Linee guida congiunte dell'American College of Physicians e dell'American Pain Society (Chou 2007) raccomandano l'agopuntura per la lombalgia subacuta o cronica, affermando che può rappresentare un'opzione terapeutica aggiuntiva quando il dolore non risponde a interventi di *self-care*. Anche le linee guida della British Geriatric Society (Abdulla 2013), del NICE – Istituto nazionale per la salute e l'eccellenza clinica inglese (2009), dell'American Society of Anesthesiologist e American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (2010)

citano l'agopuntura fra i possibili trattamenti non farmacologici per la lombalgia.

Nel 2014, la Commissione per la lotta al dolore del Consiglio sanitario regionale ha approvato il documento "Agopuntura e medicina tradizionale cinese nel Servizio Sanitario Regionale toscano: linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie": in questo documento, il trattamento con agopuntura del dolore lombare è stato valutato con un *grading* 1A (forte raccomandazione, prova di qualità alta) concludendo che si "ritiene opportuno che le Aziende sanitarie offrano prestazioni di agopuntura e medicina cinese nei trattamenti terapeutici correnti del SSR".

Nella letteratura internazionale, la maggior parte delle prove si hanno per la lombalgia subacuta o cronica non specifica. Numerose revisioni sistematiche e metanalisi considerano l'agopuntura efficace sul dolore e sulla limitazione nelle attività quotidiane, in particolare nel breve termine (Furlan 2005, Yuan 2008, Rubinstein 2010, Trigkilidas 2010, Hopton 2012).

Nella rassegna di Ernst del 2010 (30 revisioni sistematiche) si afferma che vi è consenso sull'efficacia dell'agopuntura nell'osteoartrosi con risultati chiaramente positivi per la lombalgia. La metanalisi di Vickers del 2012, aggiornata nel 2014, sul dolore cronico in più sedi, fra cui la schiena (17.920 pazienti, 29 RCT di alta qualità), conclude che l'agopuntura è superiore sia all'agopuntura *sham* (fatta su punti casuali) sia al gruppo di controllo senza agopuntura per ogni tipo di dolore ($p < 0.001$), in particolare per il dolore a schiena e collo. La revisione sistematica e metanalisi di 25 RCT (Lam 2013) riporta l'efficacia di agopuntura ed elettroagopuntura nel ridurre il dolore lombosacrale cronico non specifico e migliorare la limitazione funzionale nelle attività quotidiane, non solo al termine del trattamento ma anche al *follow-up* a lungo termine (52 e 104 settimane).

La *review* di Lee del 2013 sull'efficacia dell'agopuntura nel trattamento della lombalgia acuta o subacuta non specifica (sintomi presenti non oltre le 12 settimane, 11 RCT) suggerisce che la tecnica è più efficace dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) in termini di miglioramento globale dei sintomi,

ma non di effetto analgesico. Rispetto all'agopuntura *sham*, il trattamento vero è stato più efficace sul dolore acuto, ma non su funzionalità e dolore subacuto. Il trattamento combinato agopuntura più terapia farmacologica è risultato più efficace dei soli farmaci sul dolore e sul miglioramento globale e funzionale, con effetti avversi lievi e rari e in numero minore rispetto ai FANS.

Anche l'auricoloterapia (stimolazione di punti particolari dell'orecchio a scopo analgesico) si può utilizzare con efficacia nel mal di schiena (Suen 2008, Yeh 2014), così come diverse tecniche di massaggio, soprattutto in associazione agli esercizi fisici e a interventi educativi di autocura (Furlan 2008). Nello specifico, questa revisione Cochrane riporta che il massaggio tradizionale cinese è risultato più efficace del massaggio classico, ma questo dato deve essere confermato. Le linee guida per la pratica clinica dell'Ottawa Panel (Brosseau 2012) affermano che le tecniche di massaggio, inclusa la riflessologia, in associazione a esercizi terapeutici e interventi educativi, possono migliorare i sintomi della lombalgia cronica e subacuta e ridurre la disabilità a fine del trattamento e nel breve termine.

Fitoterapia

Numerose erbe medicinali sono tradizionalmente raccomandate nei pazienti con dolori osteoarticolari in genere e con mal di schiena in particolare. Sono utilizzate come antinfiammatori e antidolorifici, per uso orale, in forma di decotti o di estratti, ma anche per uso esterno a scopo decontratturante. Le più comuni sono: artiglio del diavolo (*Harpagophytum procumbens*), salice (*Salix alba*), boswellia (*Boswellia serrata*), partenio (*Tanacetum parthenium*) e zenzero (*Zingiber officinale*), generalmente in forma di tisane, decotti o estratti in capsule o compresse a uso orale. Per uso esterno, i fitoterapici più usati sono gli oli essenziali di rosmarino (*Rosmarinus officinalis*), di lavanda (*Lavandula vera*), di canfora (*Cinnamomum camphora*) e consolida (*Symphytum officinale*).

La letteratura scientifica comprende alcune revisioni sistematiche della Cochrane Collaboration, periodicamente aggiornate. La più recente (2014) riguarda l'analisi dell'efficacia delle erbe medicinali nel mal di schiena e include 14 studi randomizzati e controllati (2050 partecipanti adulti affetti da mal di schiena acuto, subacuto, cronico, non specifico) sull'impiego di piante medicinali in qualsiasi forma: la revisione ha riguardato le principali piante utilizzate (*Solidago chilensis* M., *Capsicum frutescens* crema, *Harpagophytum procumbens*, *Salix alba*, *Symphytum officinale*, olio essenziale di lavanda) confermando che,

per la terapia sintomatica a breve termine del mal di schiena, il fitoterapico di prima scelta è *Harpagophytum procumbens* in estratto secco, quanto basta a fornire 50-110 mg/die di arpagoside.

Due studi (315 partecipanti, prove di qualità bassa) mostrano che questa pianta è più efficace del *placebo*, con riduzione a breve termine del dolore e possibile riduzione dell'uso di FANS. Un altro studio ha dimostrato l'equivalenza di *H. procumbens* rispetto a 12,5 mg/die di rofecoxib (88 partecipanti, qualità molto bassa). La pianta può essere utilizzata anche nei soggetti con allergie a FANS e salicilati; tuttavia, anche l'arpagofito, come i farmaci di sintesi, può dare fenomeni di intolleranza gastrica e interazioni con FANS (Firenzuoli 2008).

Per quanto riguarda l'uso esterno, *Capsicum frutescens* crema presenta probabilmente risultati più favorevoli rispetto al *placebo* in persone con mal di schiena cronico (RCT, 755 partecipanti, prove di qualità moderata), mentre non è chiaro se sia più efficace nel mal di schiena acuto. L'olio essenziale di lavanda applicato con digitopressione può ridurre l'intensità soggettiva del dolore e migliorare la flessione laterale della colonna vertebrale rispetto all'assenza di trattamento (1 RCT, 61 partecipanti, qualità bassa). Nei *trial* considerati non sono stati osservati eventi avversi significativi.

Omeopatia

Gli studi pubblicati in letteratura sull'efficacia dell'omeopatia nel dolore lombare non sono molto numerosi (Stam 2001, Gmünder 2002, Witt 2009).

Uno dei più significativi e recenti è lo studio randomizzato in doppio cieco di Beer (2012), condotto su 248 pazienti (età 18 - 75 anni): 221 hanno iniziato la terapia e 192 sono stati seguiti nel tempo (103 *verum* vs 89 *placebo*). Hanno completato lo studio 137 pazienti (72 *verum* vs 65 *placebo*), che hanno ricevuto 10 gocce di un complesso omeopatico (*verum* o *placebo*) per 105 giorni, in aggiunta a un trattamento naturopatico.

La valutazione è stata fatta con l'Hannover Functional Ability Questionnaire score: il risultato è stato statisticamente significativo a favore del trattamento omeopatico (9.4 vs 4.1; $p = 0.029$). Il trattamento è stato ben tollerato, con scarsa incidenza di eventi avversi in entrambi i gruppi di pazienti. Le conclusioni degli autori sono che il trattamento omeopatico può migliorare il dolore lombare cronico.

Le terapie manuali

Le terapie manuali includono diverse tecniche: le manipolazioni vertebrali, le mobilizzazioni vertebrali e il massaggio. Secondo l'American College of Physicians e l'American



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Pain Society (Chou 2007), con il termine manipolazioni vertebrali (MV) si intende una "terapia manuale in cui il carico è applicato su rachide usando metodi a leva corta o lunga e spinte molto veloci, applicate su un'articolazione (o un insieme di articolazioni vertebrali) per portarla al di là del suo *range* ristretto di movimento"; per mobilizzazioni vertebrali si intendono invece "mobilizzazioni a bassa velocità, movimenti passivi condotti all'interno o al limite del gioco dell'articolazione", spesso impiegate insieme alle manipolazioni vertebrali.

Mobilizzazioni e massaggio possono essere eseguiti da diverse figure di terapisti, mentre le manipolazioni vertebrali (MV) richiedono l'intervento di un chiropratico o di un osteopata, oppure di un medico o di un fisioterapista che abbiano seguito una formazione specifica in queste tecniche (NCCIH).

La National Health Interview Survey (NHIS) del 2007 riporta che, negli Stati Uniti, circa l'8% degli adulti (più di 18 milioni) e quasi il 3% dei bambini (oltre 2 milioni) avevano ricevuto un trattamento di chiropratica o di osteopatia nell'ultimo anno, con una spesa di circa 3.9 miliardi di dollari.

Nei paesi anglosassoni, questi trattamenti sono largamente diffusi e dotati di uno *standard* relativamente omogeneo e qualitativamente accettabile. In Italia, il trattamento manipolativo non è altrettanto ben codificato anche perché osteopatia e chiropratica non sono riconosciute come professioni sanitarie. In alcuni contesti, viene praticata la medicina manuale *manu medica* secondo Maigne.

Diversi studi hanno mostrato che le terapie manuali sono una delle opzioni in grado di offrire un sollievo lieve-moderato nel dolore lombare.

L'American College of Physicians e l'American Pain Society hanno pubblicato congiuntamente le "Linee guida su diagnosi e trattamento della lombalgia" (Chou 2007). Per la forma acuta l'unica opzione efficace, dopo fallimento della terapia farmacologica, è la manipolazione vertebrale; nella forma cronica questa è considerata utile in associazione ad altri trattamenti.

Le Linee guida 2009 del Nice, Istituto nazionale per la salute e l'eccellenza clinica inglese, indicano che si può prendere in considerazione per il mal di schiena anche la terapia manuale, incluse le manipolazioni vertebrali, fino a un massimo di 9 sedute per un periodo fino a 12 settimane.

Anche i Percorsi Diagnostico Terapeutici Italiani (2006) consigliano le manipolazioni vertebrali nella lombalgia, sia nella fase acuta sia in quelle subacute e croniche, se effettuate da personale adeguatamente formato.

Un *report* dell'Agenzia per la salute e la

ricerca di qualità, AHRQ (Furlan 2010), ha osservato che le terapie complementari, tra cui le MV, si possono aggiungere ai trattamenti convenzionali e che la MV è più efficace del placebo nel ridurre l'intensità del dolore lombo-sacrale immediatamente dopo la fine del trattamento e nel breve termine. Inoltre, gli autori aggiungono che i risultati degli studi che hanno confrontato le manipolazioni vertebrali con massaggio, farmaci o fisioterapia erano o a favore delle manipolazioni oppure non mostravano una differenza significativa fra le due tipologie di trattamento.

Una rassegna sistematica (Tsertsvadze 2014) ha valutato il rapporto costi/benefici delle terapie manuali (manipolazioni vertebrali osteopatiche, manipolazioni di fisioterapia, tecniche di mobilizzazione e manipolazioni di chiropratica) nei disturbi muscolo-scheletrici, riscontrando vantaggi di tipo economico delle terapie manipolative rispetto ad altri interventi. Tuttavia, è necessario confermare questi risultati con altri studi di migliore qualità metodologica.

Una revisione Cochrane (Rubinstein 2011) di 26 studi clinici, con un totale di 6.070 partecipanti con dolore lombare cronico, ha esaminato l'efficacia di manipolazioni e mobilizzazioni vertebrali *versus* altri interventi comunemente prescritti (terapia farmacologica standard, esercizi o fisioterapia) senza riscontrare una differenza clinicamente rilevante fra queste terapie nel ridurre il dolore e migliorare la funzionalità. Quando le terapie manuali sono confrontate con il *placebo* o con trattamenti inerti (come diatermia o ultrasuoni con apparecchio spento), i dati sull'efficacia a breve termine su dolore e funzionalità risultano meno chiari a causa della bassa qualità degli studi.

La revisione Cochrane più recente (Rubinstein 2012) di 20 RCT, con 2.674 partecipanti, sul dolore lombo-sacrale acuto, ha riscontrato che la terapia manipolativa vertebrale (definita come qualsiasi terapia manuale diretta sul rachide che include manipolazioni e mobilizzazioni vertebrali, chiropratica, osteopatia e medicina manuale) non è più efficace di interventi inerti (quali diatermia o ultrasuoni con apparecchio spento), o di una terapia *sham* e non aumenta l'efficacia di altri interventi (quali terapia farmacologica abitualmente prescritta dai medici di medicina generale, esercizi, terapie fisiche, fisioterapia, massaggio).

Questa valutazione è però limitata dal numero ridotto degli studi. Secondo gli autori, la decisione di utilizzare questo trattamento deve basarsi su costi, preferenze di pazienti e sanitari e sicurezza rispetto ad altre terapie; si suggerisce di realizzare RCT che includano una valutazione economica.

In uno studio finanziato dal NCCIH (National Centre for Complementary and Integrative Health) sugli effetti a lungo termine della chiropratica in oltre 600 persone con dolore lombare, la chiropratica con MV è risultata efficace quanto le terapie convenzionali fino a un massimo di 18 mesi; tuttavia, meno del 20% dei partecipanti allo studio era libero dal dolore a 18 mesi, indipendentemente dal trattamento utilizzato.

Secondo lo studio di Schneider (2014), una delle manipolazioni di chiropratica più comuni (*manual-thrust manipulation*) riduce il dolore lombare acuto o subacuto a breve termine più delle terapie correnti o della manipolazione tecnicamente assistita.

Anche se il rischio di reazioni avverse importanti conseguenti al trattamento manipolativo vertebrale è raro (<0,01%), si devono tenere presenti le controindicazioni assolute (lombalgia infiammatoria acuta, frattura recente, rottura legamentosa e instabilità, infezioni, aneurisma, mielopatia acuta, sindrome della *cauda equina*) e relative (spondilolistesi, ipermobilità articolare, osteoporomalacia, tumore osseo, anticoagulanti). Non rappresentano controindicazioni: scoliosi, lombalgia infiammatoria subacuta, trauma recente a carico dei tessuti molli. Non altrettanto rara è l'insorgenza di lievi disturbi di breve durata, soprattutto dopo la prima seduta. Pertanto, la terapia manuale è considerata un trattamento sicuro, se effettuata da personale qualificato (NICE 2009).

Anche il NCCIH considera le terapie manipolative generalmente sicure per il mal di schiena, purché affidate a un professionista qualificato. Gli effetti indesiderati sono di lieve

entità e si esauriscono nell'arco di 1 o 2 giorni; le complicanze gravi sono molto rare (NCCIH).

Conclusioni

In via generale, esiste un discreto riscontro nella letteratura internazionale sull'utilità di associare le CAM ai trattamenti convenzionali per la gestione del dolore lombare cronico, anche se sono necessarie ulteriori ricerche di qualità. Le prove di efficacia più consistenti riguardano l'agopuntura, soprattutto nella lombalgia subacuta e cronica, dove essa riduce il dolore e migliora la funzionalità nel breve termine, ma anche nelle forme acute. Le terapie manuali, nella maggior parte dei casi, si sono rivelate efficaci quanto altri interventi abitualmente utilizzati di comprovata efficacia (terapia farmacologica, esercizi, fisioterapia) e quindi possono essere considerate un'opzione cui far riferimento. Per la fitoterapia, la prima scelta è l'*Harpagophytum procumbens* (artiglio del diavolo) in estratto secco, anche se, per questo tipo di trattamenti, occorre fare attenzione a interazioni con eventuali farmaci in uso. Per quanto riguarda l'omeopatia, la scarsità degli studi rende necessario ulteriori ricerche.

Oltre all'efficacia dei trattamenti, nella scelta del percorso terapeutico migliore per il paziente, soprattutto quello fragile in trattamento polifarmacologico, occorre considerare anche costi, preferenze di pazienti e sanitari e, soprattutto, sicurezza per scarsità di effetti avversi: per questi motivi, le tecniche presentate (agopuntura, fitoterapia, omeopatia, terapie manuali) possono rappresentare una valida opzione terapeutica.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Consiglio Sanitario Regionale

Le Linee Guida della Regione Toscana

I formati "full text", "pocket" e "app"

Pierluigi Tosi - Consiglio Sanitario Regionale Coordinatore Processo Linee Guida

Luigi Tonelli - Consiglio Sanitario Regionale Coordinatore Commissione Ebm

Dalla prima formalizzazione, ad opera dell'Institute of Health (1992), ad oggi, le Linee Guida cliniche sono costantemente cresciute in popolarità e diffusione. Il numero attuale non è calcolabile ma si può stimarlo in molte decine di migliaia, in tutte le lingue, in considerazione del fatto che vengono prodotte nel mondo da pressoché tutte le istituzioni sanitarie pubbliche e private di un qualche prestigio e da tutti i "think tank" che si interessano alla Sanità.

Il grande rilievo che le Linee Guida cliniche hanno assunto può essere fatto risalire prin-

cipalmente a tre circostanze: 1) l'ampia e inspiegabile variabilità delle cure a fronte della stessa condizione clinica, con anche la possibilità di trattamenti subottimali; 2) la sempre più stringente necessità delle Nazioni di evitare costi assistenziali privi di reale utilità clinica; 3) la difficoltà dei Professionisti a mantenere costante l'aggiornamento professionale dato il crescente volume della produzione scientifica e la straordinaria rapidità con cui le conoscenze si evolvono. In sostanza, le Linee Guida sono uno strumento insostituibile per assistere i Professionisti nella pratica quotidiana, per trasferi-



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

re rapidamente le “evidenze” scientifiche nella routine assistenziale e per ottenere il massimo “value for money” dagli investimenti nel settore sanitario.

Comunemente si intende per Linea Guida una raccolta di Raccomandazioni a riguardo di una specifica situazione sanitaria – una condizione clinica, una procedura, una metodologia di indagine ecc. - tutte derivate dalla migliore letteratura scientifica e tutte caratterizzate da un ben definito grado di “evidenza”, intendendo con questo termine il coefficiente di attendibilità/verità proprio di ciascuna Raccomandazione. È intuitivo che in un ambito fortemente “di mercato” come è quello delle cure e degli strumenti necessari alle cure, una distorsione nella produzione e nell’interpretazione dell’“evidenza” può comportare vantaggi economici anche molto rilevanti per produttori e promotori. E questo ovviamente può andare a scapito della salute individuale e dei livelli di spesa.

Per quanto detto, le Istituzioni che offrono maggiori garanzie di obiettività nella produzione di Linee Guida sono quelle Pubbliche. Tra queste, indubbiamente la più nota e stimata è il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), agenzia per il governo clinico del National Health Service britannico. Il NICE produce Linee Guida evidence-based, che aggiorna con regolarità e che rende disponibili in formato completo ed in formato ridotto (“pocket”). Inoltre integra le Linee Guida con “documenti” relativi a singoli specifici argomenti – un nuovo farmaco, una nuova metodica ecc. – e trasporta Linee Guida e documenti in Percorsi Diagnostico Terapeutici, direttamente consultabili come tali. Naturalmente tutti i formati NICE sono accessibili on-line, inclusa una banca dati di letteratura medica evidence-based. Ma non solo: l’intera documentazione NICE è disponibile in formato “app” per poter essere consultata da qualunque posto e in qualunque momento.

La sempre più capillare diffusione della telefonia “mobile” consente l’uso di applicazioni (“apps” da “mobile applications”) per i-phone e android e questo apre nuovi orizzonti nell’ambito sanitario. Gli app possono aiutare le singole persone a tenere sotto controllo il proprio stato di salute; già diffusissimi sono gli app per il controllo della dieta, che hanno “Lose it” come prototipo, ma si stanno diffondendo app per il monitoraggio della frequenza e del ritmo cardiaci, della temperatura cutanea, della sudorazione, del consumo calorico ecc. Con ormai decine di migliaia di app di libero accesso dedicati alla salute, nel Febbraio di questo anno la FDA ha ritenuto necessario pubblicare una

guida all’uso, per ora limitatamente a quelli che richiedono un device complementare. Per quanto riguarda le informazioni per i Professionisti, non solo il NICE ma anche le riviste mediche più importanti e autorevoli consentono ai sottoscrittori l’accesso elettronico, anche in formato “APP”, ai contenuti del formato cartaceo, anzi spesso a versioni degli articoli molto più estese di quelle a stampa.


La Regione Toscana a decorrere dai primi anni 2000 con il Progetto Linee Guida, condotto dal Consiglio Sanitario Regionale, ha prodotto e produce e aggiorna Linee Guida proprie. Nella loro realizzazione una particolare attenzione è stata prestata all’osservanza delle regole che ne garantiscono la qualità, in particolare la multiprofessionalità dei gruppi di lavoro, la ricerca della migliore evidenza scientifica, l’esclusione dei conflitti di interesse. L’accesso a tutte è ovviamente on-line, e, oltre che al formato full-text dove gli argomenti sono inevitabilmente molto dettagliati, è possibile accedere al formato “pocket”.

Il formato “pocket” è anche la base per il nuovo formato “APP”, attualmente nella “fase pilota” per un numero ridotto di Linee Guida regionali. Nella “fase pilota”, ora in corso, l’accesso all’“app” sarà possibile per i medici che prestano o meno la propria attività nell’ambito della Regione Toscana con diverse modalità.

I medici i cui nominativi sono forniti dagli Ordini, potranno accedere all’area riservata anche con CNS, utilizzando la propria tessera sanitaria successivamente al loro censimento negli elenchi precedentemente indicati.

I medici extratoscani accederanno alla area riservata con utente e password. Per tali medici saranno approntate le necessarie modalità di accesso ad eventuale richiesta.

Tutti i medici dovranno fare il primo accesso all’area riservata obbligatoriamente da un PC desktop o da un PC notebook collegandosi al seguente indirizzo internet:

<https://www.regione.toscana.it/areeriservate/group/consiglio-sanitario-regionale> 

Tutti coloro che faranno l’accesso con CNS potranno impostare una password personale che sarà necessaria per l’utilizzo dell’APP delle Linee Guida su dispositivi mobili quali telefoni, tablet ecc.

La suddetta APP sarà disponibile sugli store ufficiali di Google(Android) o Apple.

Terminato il periodo di prova, l’accesso potrà essere liberalizzato, come è nella logica e nei principi del WWW, e tutte le Linee Guida regionali saranno consultabili anche nel formato “APP”.

Combattere l'Ictus con l'informazione



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Prima causa di disabilità nell'adulto, seconda causa di demenza e di morte, l'ictus è una patologia grave e frequente. Ma è anche largamente prevenibile (più dell'80% dei casi) e curabile.

| ICTUS IN TOSCANA FACT SHEET | |
|-----------------------------|--|
| INCIDENZA | 1,3% nella popolazione ultra 65 enne. Ogni anno circa 10.000 casi di ictus 1 persona su 6 avrà un ictus nel corso della vita |
| PREVALENZA | oltre 50.000 persone sono sopravvissute e convivono con gli esiti dell'ictus |
| COSTI SANITARI | 1,8% di tutti i ricoveri ospedalieri 2,7% di tutte le giornate di degenza Costa circa 280 milioni di euro/anno (0,27% del PIL) |

Durante un ictus ischemico muoiono 2 milioni di cellule cerebrali ogni minuto. È stato calcolato che ciò corrisponde ad un invecchiamento cerebrale di circa 3 settimane. Ma un tipico ictus ischemico non trattato determina una perdita neuronale pari a un invecchiamento di 36 anni.

Oltre la prevenzione, che richiede ovviamente una continua e complessa azione pubblica di informazione, e la medicina di iniziativa pro-attiva dei medici di famiglia, con l'implementazione dei più efficaci trattamenti, esistono oggi formidabili terapie di intervento applicabili nella fase acuta (trombolisi per via endovenosa ed asportazione meccanica del trombo occlusivo delle arterie cerebrali).

Questi trattamenti devono essere applicati, secondo una ormai solidissima evidenza scientifica, il più precocemente possibile dalla presentazione dei sintomi proprio per antagonizzare ed interrompere la cascata ischemica, ridando ossigeno e metaboliti al tessuto.

In diverse aree della Toscana è stato attivato un modello organizzativo della rete di intervento territorio-ospedale che garantisce una presa in carico rapida dei pazienti colpiti da ictus attraverso un intervento tempestivo del sistema dell'emergenza e una risposta omogenea e qualificata da parte dei team attivi alla porta dell'ospedale (neurologi, urgentisti

e neuroradiologi). Rimane ancora il problema dell'attivazione iniziale e primaria del percorso ictus da parte del soggetto colpito e dei suoi familiari.

Il percorso ictus inizia infatti al momento del riconoscimento dei sintomi e della chiamata al 118. Ecco uno di quei casi in cui l'informazione è fondamentale, ma purtroppo ancora pesantemente carente: solo il 55,8% degli italiani sa che l'ictus è una malattia del cervello, ancora meno sono in grado di individuare più di un sintomo, e solo il 15% è a conoscenza dell'esistenza della trombolisi.

Per questo la Regione Toscana non solo ha lanciato nel 2014 una campagna educativa che agisce su questo cruciale punto di partenza, ma ha anche prodotto un efficace recall sotto forma di un videotutorial nel 2015 (www.regione.toscana.it/ictus).



Il messaggio fondamentale è che l'ictus è un'emergenza: ogni minuto è prezioso. Imparando a riconoscere i sintomi su se stessi o su chi ci è vicino, e a reagire tempestivamente, è possibile curarlo. Affidarsi al 118 è il sistema più rapido per accedere alle terapie in tempo utile. Infatti è lo stesso 118 ad avvertire l'ospedale dell'imminente arrivo di un probabile ictus, in questo modo si predispongono un percorso dedicato, rapidissimo e con precedenza assoluta, per gli accertamenti e la terapia. Questo non avviene se il paziente si reca in ospedale con mezzi propri.

Per stimolare la consapevolezza del problema ictus tra i cittadini sono state messe in campo anche le nuove tecnologie informatiche ed è stata sviluppata una webapp: www.ictus3r.it completamente gratuita, in sinergia con la campagna educativa della Regione Toscana, di cui muove la linea grafica.



Questa App si articola secondo la strategia delle 3R – Riconoscere, Reagire, Ridurre - ed è rivolta a tutti i cittadini che vogliono conoscere, riconoscere e prevenire questa malattia, ai pazienti e loro familiari per approfondire gli aspetti clinici e terapeutici della loro condizione.

Questi strumenti informativi/educativi sono rivolti alla popolazione generale, ma possono

¹ Neurologo e Ricercatore, Ist. Di Neuroscienze (Firenze), Consiglio Nazionale delle Ricerche

² Direttore Stroke Unit AOU Careggi, Firenze



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

essere distribuiti anche a livello individuale, fornendo le indicazioni della pagina web regionale www.regione.toscana.it/ictus.

Si tratta di uno strumento conoscitivo che potrebbe essere non solo raccomandato ma addirittura "prescritto" dai medici ai loro assistiti, soprattutto quelli ad alto rischio, per prevenire e combattere l'ictus.

Una precoce attivazione del sistema di cura dell'ictus in fase acuta consente di organizzare appropriatamente fino dalle prime fasi anche il

percorso di assistenza esperta durante la fase successiva di ricovero ospedaliero, con la collocazione del paziente nella area di intensità più appropriata e meglio organizzata in rapporto alla gravità ed alla complessità della presentazione clinica. Ancora oggi infatti oltre ed indipendentemente dall'intervento in acuto la maggior parte dei pazienti con ictus possono beneficiare in modo sostanziale per una riduzione provata scientificamente sia della mortalità che della disabilità residua di una gestione esperta e dedicata applicata nella fase di successiva degenza in ospedale.



<http://www.regione.toscana.it/consiglio-sanitario-regionale/pareri>

Consiglio Sanitario Regionale

Parere 60/2015, seduta del 8 settembre 2015

Rapporto ospedale/territorio alla luce della nuova organizzazione

Allegato

Risposta al punto 6 dell'odg dell' 8/9/2015 "rapporto ospedale/territorio alla luce della nuova organizzazione del SST".

Contributi volti a rendere più funzionale e integrata l'assistenza sia nella fase extra che ospedaliera. Spunti di riflessione fra la collaborazione fra ospedale e territorio al fine di spostare sul territorio una parte dell'assistenza in maniera sostenibile e sicura per il paziente.

A. Utilizzazione del "sistema day service" affidato all'ospedale direttamente dal MMG per la soluzione di problemi clinici in pazienti che non necessitano di ricovero (es. sindromi anemiche, sindromi febbrili).

CRITICITÀ:

1. prevedere un'accoglienza e un inquadramento da parte di un medico ospedaliero;
2. disporre di accessi rapidi alle specialistiche e ai servizi che operano esami pesanti (responsabilità alla direzione sanitaria);
3. creazione di una interazione informatica fra il medico del day service e il MMG. (nota: vedere e confrontare con i contenuti della delibera del day service)

B. Prevedere pacchetti di esami che garantiscano al MMG l'accesso alla diagnostica in maniera rapida e coordinata per la soluzione di problemi basati su un alto grado di sospetto clinico (es. colica addominale da calcolosi biliare o renale).

CRITICITÀ:

1. da concordare con le Direzioni Sanitarie ed i Responsabili della diagnostica del presidio ospedaliero di riferimento;
2. mancanza di comunicazione telematica efficiente e sicura fra MMG e ospedale C. Creazione delle UCCP (Unità Complesse Cure Primarie), che rappresentano il luogo dove il paziente inviato dal MMG può ricevere prestazioni specialistiche necessarie.

Anche da parte di specialisti ospedalieri. Se sono necessarie più specialità garantire la tempestiva integrazione ed esecuzione al fine di formulare una sintesi, o programma terapeutico adeguato e in tempo reale.

CRITICITÀ:

1. prevedere che il Medico del distretto e/o Responsabile della SdS disponga delle competenze cliniche necessarie.
2. Provenienza di competenze anche ospedaliere

- informatizzazione del processo per consentire migliori rapporti fra gli attori.

D. Cure intermedie. Modello di riferimento è il documento approvato dal CSR. Principi fondanti del documento:

- Cure intermedie come strumento sanitario e non sociale territoriale rivolto a pazienti dimessi dall'ospedale non in grado, per motivazioni contingenti, di vivere a casa (pazienti non bisognosi di ospedale ma non in grado di vivere a domicilio);
- Cure intermedie come struttura in grado di intercettare accessi non idonei ad un accesso al PS;
- Gestione affidata al MMG, responsabilità del coordinatore della AF;
- Personale infermieristico dipendente direttamente dal MMG;
- Rapporto costante del personale sanitario con la struttura ospedaliera che ha dimesso il paziente;
- Permanenza non superiore alle due/tre settimane

CRITICITÀ:

- identificazione delle sedi (ospedali dimessi?), augurabile sistemazione vicino ai PS
- distribuzione diffusa nel territorio toscano
- individuazione e reperimento di personale adeguato
- rapporto garantito da mezzi informatici fra queste strutture e quelle ospedaliere

E. Intercettazione da parte del MMG/AFT di quota parte di urgenza che storicamente è orientata a rivolgersi sempre al PS che può trovare invece soluzione ai suoi problemi sul territorio.

Premesse:

- per l'alta complessità in emergenza urgenza, i codici rosso giallo e buona parte del

verde devono accedere direttamente al PS.

- La media e bassa complessità in cui il MMG deve giocare il suo ruolo prevedono:
 - una utenza con problemi nuovi e di recente insorgenza. Qualora le NEWS abbiano uno score elevato (NB da definire) il MMG è invitato a inviare il paziente al PS. Qualora le NEWS non abbiano score elevato, il paziente deve essere preso in carico dal MMG che deve però disporre di uno strumentario specifico, come di seguito elencato: pulsossimetro, elettrocardiografo, spirometro, Point Of Care Testing, doppler. Questo per consentire di ottimizzare le capacità diagnostiche ed inviare se necessario al PS con maggiore appropriatezza;
 - una utenza già nota e inquadrata che abbia motivo di accesso a gradi di assistenza superiore per riacutizzazioni che possono essere intercettate nel setting delle cure intermedie e successivamente al PS. Questo tipo di utenza, nota e largamente inquadrata, potrebbe trovare un percorso facilitato che superi la fase di stop offerta dal triage direttamente in percorsi adeguati alla cronicità (CAU o GAU) gestiti direttamente dagli specialisti internisti o gerontologi operanti nell'ospedale fin dal primo momento.

CRITICITÀ:

- orario da dedicare all'emergenza/urgenza per codici minori da parte della AFT che deve garantire per tutto il periodo una sollecita disponibilità
- formazione degli operatori sanitari
- aggiornamento sulla interpretazione degli esami fattibili sul territorio
- personale infermieristico formato
- indicatori di risultato
- necessità di collegamento informatico fra reso territoriali e ospedalieri.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



EDIZIONI TASSINARI STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

L'EDITORE DI TOSCANA MEDICA OFFRE PREZZI OTTIMI PER I MEDICI

Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo / Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita

ULTIME NOVITÀ!

**RILEGATURE
ARTIGIANALI
IN CARTONATO**



STAMPA SU TESSUTO

NOVITÀ EDITORIALI

Trattato di podologia

Suddiviso in due volumi

È un'opera originale che consente di cogliere, nella sua estensione, lo spazio affidato alla responsabilità del moderno Podologo garantendo, con una rigorosa competenza, la soluzione dei casi anche complessi.





Stefano Giovannoni, Professore a contratto Univ. di Firenze - Centro per l'Alta Formazione e Ricerca Translazionale in Med. Gen. - Facoltà di Medicina e Chirurgia. MMG, convenzionato con ASL 4 - PO. Spec. in Reumatologia c/o l'Univ. di RO. Coordinatore didattico Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, Regione Toscana.

STEFANO GIOVANNONI

Per un'organizzazione funzionale delle cure primarie

Il lavoro del medico di medicina generale (MMG) si basa, e ne è condizione essenziale, sul rapporto di fiducia con il cittadino assistito. Questo permette di non fornire "prestazioni", caratteristica del rapporto specialistico e ospedaliero, ma di dare assistenza prendendosi cura della persona e dei suoi problemi, dai momenti preventivi a quelli diagnostico/terapeutici e riabilitativi. È un rapporto a convenzione che si inserisce nei Livelli Essenziali e Non Essenziali di Assistenza, all'interno del SS Regionale e Nazionale.

Prendere atto di questa particolare e unica tipologia di assistenza è condizione necessaria se si intende ri-organizzare il piano assistenziale delle Cure Primarie (CP) a livello territoriale: **più funzione che struttura; più assistenza che prestazioni**. Il medico di medicina generale non ha tempo per accollarsi altre attività rispetto a quello che è chiamato a fare, perché la Medicina Generale è già al collasso, oberata come è da una sorta di implicazioni burocratiche infinite, che rubano tempo alla funzione assistenziale vera e propria; **la Medicina Generale necessita di livelli diversi e più razionali di organizzazione in un'ottica di integrazione interprofessionale**.

I modelli delle case della salute della delibera regionale 117 del febbraio 2015, nelle loro varie tipologie strutturali ricalcano modelli organizzativi più ospedalieri che territoriali, dove si predilige una struttura unica così detta "multi professionale", "ben visibile", organizzata gerarchicamente con vari responsabili, ognuno con la sua "stanza", magari di "colori diversi", dove i cittadini si recano per ottenere "servizi". Una struttura come tanti attuali Distretti, più o meno grande secondo i servizi che eroga, con la presenza di qualche ambulatorio di Medicina Generale e con la paventata sicurezza che tale struttura che contiene più professionisti e servizi eroghi assistenza migliore e induca scambi interprofessionali.

Storicamente la rete degli ambulatori dei medici di medicina generale ha sempre rappresentato funzionalmente il vecchio concetto di Distretto, anche se non è mai stata capita a fondo e valorizzata proprio la diffusione capillare nel Territorio degli studi medici. Un **decentramento funzionale che va verso il cittadino**, ben lontano dall'ottica ospedalocentrica che con forza centripeta e vago senso del risparmio

tenderebbe invece ad accorparsi e centralizzare, creando anche problemi logistici di accesso spesso insuperabili (traffico veicolare, parcheggi, code, tempi persi, ecc.). **Era così difficile far emergere e potenziare funzionalmente quelle strutture già in essere create proprio dai medici di medicina generale per le medicine di gruppo**, che contengono studi di medici di medicina generale, pediatri, infermieri, personale di segreteria, possibilità di diagnostica di primo livello e di accesso per gli specialisti?

È quindi antistorico pensare che medici di medicina generale, che hanno costruito nel tempo la loro rete di "presidi" zionali, base del rapporto diffuso nel Territorio con i loro assistiti, possano accentrarsi in grandi strutture. Così come inutile funzionalmente chiedere loro di fare "qualche ora" in una CDS. L'offerta ambulatoriale nelle CDS potrebbe rivolgersi ai giovani medici di recente convenzione? Forse, ma un assembramento di giovani medici nello stesso luogo favorirebbe il loro inserimento nel mondo lavorativo proprio della Medicina Generale, con la libera scelta da parte del cittadino, almeno fino a quando sarà permesso..?

Il **bisogno di comunicazione** a più livelli, con e fra medici di medicina generale, con e fra specialisti, con e fra infermieri ed altro personale sanitario, con l'ospedale è alla base dei percorsi di assistenza, per renderli più efficaci ed efficienti. La comunicazione interprofessionale è sempre stata carente, nonostante in passato deliberazioni regionali (L.R. n.72, settembre 1998, D.R.T. n.244 del marzo 2000, D.G.R. n. 1038 dell'ottobre 2005) individuassero il cittadino al centro dei percorsi assistenziali con le varie figure sanitarie che comunicavano intorno a lui per la gestione del "suo" problema. Attualmente siamo in una Sanità a camere stagnate, dove la comunicazione fra le figure professionali è un fatto personale, spesso legato a conoscenze e rapporti amicali, mai standardizzata in percorsi e momenti istituzionali di confronto e verifiche. Questo porta sicuramente a spreco di risorse, determinato da ripetizione inutile di accertamenti diagnostici, quando il cittadino ne era già in possesso, o nuove proposte terapeutiche che non tengono conto della terapia già in atto, ecc. La mancata comunicazione è poi in buona parte responsabi-

le della così detta medicina difensiva, che porta all'uso acritico e mai personalizzato di protocolli diagnostico/terapeutici, spesso solo per difendersi da eventuali accuse di *malpractice*. Professionisti, magari fidelizzati per Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) o per gruppi, che decidono di **condividere percorsi più personalizzati**, basati su valutazioni cliniche e sulla razionalità del possibile, farebbero sicuramente fare un passo avanti importante all'assistenza sanitaria: ne siamo assolutamente consapevoli, ma nel mondo dell'informatica, della telematica, delle connessioni virtuali e delle reti a tutti i livelli, **c'è bisogno di concentrare in un sol luogo le figure professionali per farle comunicare fra loro?**

Chiamare la ex Guardia Medica "Continuità Assistenziale" non ha certo colmato un bisogno oggettivo delle Cure Primarie: **l'assoluta necessità di continuità nei processi di assistenza nel fine settimana e, se vogliamo, nelle ore notturne**. Aver potenziato come non mai il Pronto Soccorso, considerandolo anche presidio territoriale (!) non ha certo coperto la continuità assistenziale; anzi, ha esteso ad una gran fetta di cittadini (fobici, ansiosi, furbetti) risposte da Pronto Soccorso, quindi protocollari, a persone che non ne avevano bisogno, con costi elevatissimi, e moltiplicazione smisurata di prestazioni quasi sempre inutili e doppiamente costose, perché inappropriate. Un codice bianco, un codice azzurro non sono da Pronto Soccorso, spesso non sono nemmeno da medico di famiglia, ma populismo e demagogia li ha resi tali, perché non c'è mai stato l'impegno politico per favorire un reale progetto di Salute individuale, con l'emancipazione dell'autocura e della responsabilizzazione nell'uso dei Servizi.

Non può esserci reale continuità assistenziale senza coinvolgimento della Medicina Generale, perché il rapporto fiduciale che lega il medico di famiglia al suo assistito nel tempo è unico, strumento di efficienza e risoluzione di problemi, mai compreso e valorizzato. Il medico di famiglia non può e non deve essere presente per 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana, ma l'accesso ai dati dei suoi assistiti e la loro gestione da parte di altri medici di medicina generale capaci di leggerli ed interpretarli può dare reale continuità di assistenza, che si estende anche durante il giorno per tutti quei problemi emergenti o di particolare impegno assistenziale, cui il medico di medicina generale non può assolvere in modo continuativo per ovvie esigenze ergonomiche (urgenze durante l'attività ambulatoriale programmata, ADI e ADP, cure palliative, accesso ai luoghi di ricovero e cura, cure intermedie, ecc). La costituzione delle AFT con medici di medicina generale a rapporto orario (MRO) potrebbe essere un punto di partenza se opportunamente finanziate e ridefinite nei *curricula* dei medici.

C'è necessità urgente di **ridefinire un patient summary estraibile in automatico dal database del medico di medicina generale, integrabile con le cartelle informatizzate degli specialisti e degli altri sanitari** per permettere a database in rete di CDS e/o di AFT (cloud?) di rendere disponibili quelle informazioni cliniche necessarie ai percorsi assistenziali ed alla presa in carico della continuità di assistenza in assenza del medico di medicina generale titolare. La disponibilità dei dati da parte dei medici a rapporto orario può permettere anche un valido **link con i medici di Pronto Soccorso**, sia in entrata che in uscita, per permettere valutazioni più obiettive delle problematiche emergenti, non solo ancorate a protocolli da medicina difensiva, ma che si basano sulla reale storia clinica e sull'appropriatezza dell'intervento.

Per ultimo, ma di assoluta importanza, un cenno alle criticità legate all'istituzione dei così detti **ospedali ad alta intensità di cura**, la cui efficienza è tutta da dimostrare, che hanno rimandato sul territorio una mole enorme di carico di lavoro, senza che si siano opportunamente studiate e finanziate strategie assistenziali per far fronte a ricoveri eccessivamente brevi o ricoveri d'elezione. La gran parte dei ricoveri avviene per e dal Pronto Soccorso, con la creazione di sezioni di degenza breve per stabilizzare il quadro clinico e rinviare prima possibile al curante, unico e vero obiettivo della degenza!

Per ovviare alle mancanze di detti ospedali ed alle tante problematiche, sia sanitarie che sociali, derivanti da dimissioni troppo precoci, sono state istituite le così dette **Cure Intermedie in uscita**, una sorta di cuscinetto col territorio a gestione infermieristica, salvo la responsabilità del medico di medicina generale. È difficile capire perché non debba essere considerata una semplice appendice alberghiera dell'ospedale, come in effetti lo è: il paziente è ancora allettato, ha la sua terapia in continuità con quella del reparto, ha infermieri che lo accudiscono; l'unica differenza è che il medico di medicina generale deve *andare* ad apporre la firma a decisioni prese da altri! In un'ottica di crescita professionale e autonomia decisionale del territorio, discorso a parte può essere portato avanti per le **Cure Intermedie in entrata**, di cui da tempo la medicina generale riconosce l'importanza, per far fronte ad una reale impossibilità di ricovero d'elezione e poter gestire una diagnostica rapida ed esauriente per problematiche cliniche e sociali. Per le difficoltà logistiche già accennate, per il medico di medicina generale diventa assai difficile seguire il suo paziente in struttura e quindi, anche in questo caso, la collaborazione con i medici a rapporto orario diventa strategica. Il medico di medicina generale, valutata la necessità di un ricovero

diagnostico/terapeutico in struttura intermedia, per l'oggettiva impraticabilità a domicilio, sia per cause strettamente cliniche che sociali, propone la procedura assistenziale al medico a rapporto orario di sua fiducia, che probabilmente già conosce il paziente. Vengono delineati gli obiettivi attesi e le priorità diagnostiche e/o di trattamento: non vi è quindi una delega al collega, ma la condivisione di un percorso. Spetterà al medico a rapporto orario seguire in struttura il paziente, relazionando al curante. I medici a rapporto orario non possono che essere giovani medici diplomati al corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, che hanno fatto Training e sostituzioni all'interno dei gruppi e che riscuotono la piena fiducia dei medici titolari.

Quanto scritto sono semplici e parziali riflessioni che un lettore che eserciti la Medicina Generale potrà trovare ovvie e perfino scontate. Non si capisce allora il perché di normative e deliberazioni che sembrano concepite più per apportare criticità nei processi di assistenza territoriale che per risolverne i reali e storici problemi.

Spero che quanto scritto possa servire ad aprire un dibattito professionale fra medici di medicina generale e non per cercare di far emergere criticità, spunti e idee a chi dovrà organizzare il nostro lavoro.

TM

Info: stefanogiovannoni@smgprato.org



Valeria Carluccio, laureata a Firenze nel 2009. Ha frequentato il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale dal 2010 al 2013. Attualmente svolge attività di Continuità Assistenziale presso la Asl 10 di Firenze.

VALERIA CARLUCCIO, LUCIA CALDINI¹

La violenza domestica: legislazione e obblighi medico-legali

La violenza domestica è una problematica che interessa diversi ambiti, tra cui quello sanitario. Tra le figure che possono essere chiamate ad intervenire in questa difficile situazione, il medico di medicina generale riveste sicuramente un ruolo chiave.

Ogni maltrattamento, che sia fisico, psicologico, sessuale o economico, ha delle ripercussioni sulla salute delle vittime, che accusano disturbi di vario genere e ricorrono più frequentemente a farmaci, psicofarmaci e droghe.

Non è facile per il medico e tantomeno per il paziente affrontare tale argomento ma è bene tenere a mente che quando entriamo nei panni di medici di medicina generale veniamo investiti di

una serie di obblighi e responsabilità che dobbiamo necessariamente conoscere. Per questo motivo, prima di affrontare l'argomento più nel dettaglio, sarà sicuramente utile un ripasso di concetti chiave.

Per il nostro ordinamento giudiziario il medico, a seconda del ruolo che riveste, viene considerato:

- **Esercente un servizio di pubblica necessità:** quando esercita come libero professionista;
- **Pubblico ufficiale:** quando esercita come dipendente o convenzionato SSN.

È importante conoscere questa differenza, in quanto gli obblighi che derivano dal ricoprire l'una o l'altra carica sono differenti.

| Figura professionale | Modalità di segnalazione | Circostanze che sottraggono all'obbligo di segnalazione | Tempi per la notifica all'autorità giudiziaria | Modalità di apprendimento del reato |
|-------------------------------------|--------------------------|---|--|--|
| Libero professionista (ESPN) | Referto | - Esporre il paziente a procedimento penale - Esporre a documento se stessi o un congiunto | Entro 48 ore | Diretta: il medico deve aver prestato personalmente assistenza a vittima e/o maltrattante. |
| Dipendente o convenzionato SSN (PU) | Rapporto | Nessuna | Senza ritardo | Diretta e indiretta: anche quando il medico è venuto a conoscenza del reato da terzi nell'esercizio della sua professione |

Tabella 1

¹ Medico di medicina generale iscritto all'Albo della Regione Toscana degli Animatori di Formazione

Quando un medico viene a conoscenza di un reato perseguibile d'ufficio, ha l'obbligo di segnalarlo all'autorità giudiziaria in due distinte forme che, a seconda del ruolo che in quella circostanza riveste, sono:

- **Il Referto**, se a fare la segnalazione è un esercente un servizio di pubblica necessità.
- **Il Rapporto** (o denuncia), se la segnalazione è fatta da un pubblico ufficiale.

Teniamo presente che un reato si definisce **perseguibile d'ufficio** quando il provvedimento penale si avvia anche senza che la vittima sporga querela.

La Tabella 1 mostra le differenze tra Esercente un servizio di pubblica necessità (ESPN) e Pubblico ufficiale (PU)

Molte situazioni di violenza domestica trovano riscontro quali forme di reato procedibile d'ufficio in articoli del codice penale. Ne ricordiamo i più significativi:

Lesioni personali (art 582-583 cp)

“Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente con prognosi superiore a 20 giorni”.

A seconda della gravità delle lesioni procurate, si distinguono:

- **Lesioni personali lievissime**, quando la prognosi è inferiore ai 20 giorni. Queste ultime sono procedibili d'ufficio se vengono commesse in circostanze aggravanti (utilizzo di armi, sostanze corrosive, materie esplosive, gas asfissianti e accecanti).
- **Lesioni personali lievi**, se la prognosi è tra i 21 e i 40 giorni.
- **Lesioni personali gravi**, se la prognosi è superiore ai 40 giorni o quelle che, indipendentemente dai giorni di prognosi, causano un pericolo per la vita della persona offesa.
- **Lesioni personali gravissime**, sono quelle che causano una malattia “certamente o probabilmente” inguaribile.

Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 583 bis cp)

Mutilazione degli organi genitali femminili in assenza di esigenze terapeutiche, ossia clitoridectomia, l'escissione, l'infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo.

Violenza sessuale (art. 609 bis-septies cp)

Il reato di Violenza sessuale è perseguibile a querela della persona offesa, ma nelle seguenti condizioni si procede d'ufficio:

- se il fatto è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni diciotto;
- se il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura,

di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza;

- se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
- se il fatto è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio;

Maltrattamenti contro familiari e conviventi. (art. 572 cp)

Chiunque maltratti un familiare o convivente o persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata. Nel termine “maltrattamenti” è sottintesa la reiterazione del reato.

Minacce (art. 612 cp)

In questo caso si procede d'ufficio se la minaccia è grave o commessa in situazioni aggravanti con armi o da persona travisata

Atti persecutori (stalking) (art. 612 bis cp)

Chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita. Il delitto è punito a querela della persona offesa. **Si procede tuttavia d'ufficio se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità nonché quando il fatto è connesso con altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio.**

Sappiamo bene quanto sia importante il rapporto di fiducia che si viene a instaurare con i pazienti e quanto sia rischioso infrangere una relazione che abbiamo creato con gli anni; ma è proprio in virtù di questo rapporto esclusivo che il medico di medicina generale, in ambito sanitario, rappresenta la figura che si trova nella situazione più adatta ad identificare, valutare e gestire casi di violenza domestica. Dobbiamo quindi essere in grado di fornire supporto e informazioni ai pazienti che trovano il coraggio di far emergere la loro esperienza di violenza sommersa, senza mai dimenticare quali sono i nostri obblighi medico-legali, per la tutela nostra e di chi in quel momento ci chiede aiuto.

Articolo pubblicato su www.medblog.it, il blog di medicina generale dove mettere in rete le proprie competenze, trovare informazioni e condividere la propria esperienza.



TM

Info: valeriacarluccio@gmail.com



Antonio Panti, dal 1971 ha ricoperto diversi incarichi nella FIMMG, di cui è stato anche Segretario e Presidente Nazionale. Presidente dell'Ordine di Firenze dal 1988. Ha ricoperto cariche nazionali nella Federazione Nazionale degli Ordini, in particolare nella Commissione per le ultime stesure del Codice Deontologico. Membro di numerose Commissioni Ministeriali. Dal 1998 è Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

ANTONIO PANTI

Le ragioni di Marx

I medici sono molto preoccupati della crisi del servizio ma rispondono limitando le loro richieste a quelle sindacali, sacrosante e ineludibili, ma atte a risolvere (e solo in parte) i loro problemi immediati ma non ad affrontare la predetta crisi. Anche la disponibilità a praticare la cosiddetta appropriatezza sembra piuttosto cedevole di fronte all'incalzare del conflitto di interesse sempre più evidente e condizionante.

Anche il pur lodevole "manifesto" della FNOMCeO non fa altro che elencare le criticità della sanità e della professione medica, offrendo certamente spunti di soluzione, ma senza affrontare la struttura del mercato che condiziona la crisi dell'attuale sanità. Infatti il mancato controllo dei costi incrementali della medicina travolgerà il servizio pubblico e favorirà un sistema assicurativo assai più costoso per i pazienti e remunerativo per gli azionisti.

Occorre mostrare maggior coraggio e affrontare alcune questioni nodali per l'economia del servizio. Entrare in questo agone politico (discutere la produzione di beni sanitari) aumenterebbe e di molto la credibilità dei medici con il conseguente riconoscimento sociale e economico. Il prezzo dei farmaci ci è indifferente? Il richiamo alla trasparenza nella formazione del prezzo e alla concorrenza tra farmaci simili per risultati e eventi avversi è sovversivo o semplice richiamo ai principi del liberalismo, quello vero? E individuare ospedali da chiudere o da riconvertire non riguarda i medici? E offrirsi per l'alfabetizzazione scientifica del popolo italiano, compresa la magistratura, è cosa stravagante? E prevedere il *retraining* di chi sbaglia? E chiedere che le specializzazioni siano affidate al servizio sanitario? E chiedere di essere valutati in cambio di un reale potere decisionale nella gestione della sanità? Molti sono gli

argomenti sui quali la professione dovrebbe esprimersi pubblicamente con forza anche a costo di non essere sempre ascoltata.

Insomma qualche ragione l'aveva anche Marx. L'economia (i rapporti di produzione) sono la base delle scelte politiche sull'equità possibile. Il servizio sanitario è una sovrastruttura rispetto ai valori economici dominanti e la dominante anarchia del mercato rischia di sommergere la sanità pubblica.

I medici dovrebbero essere presenti in questo dibattito politico per richiamare ai valori deontologici della professione che coincidono con quelli della Costituzione. Solo in questo modo, perseguendo questo continuo interventismo a favore dei cittadini e dei pazienti, possono riacquistare quel ruolo sociale che sta sfuggendo e che, ove venga meno, condiziona la scarsa considerazione delle nostre anche se sacrosante richieste. Il pur lodevolissimo manifesto della FNOMCeO non è sufficiente anche se le motivazioni sono del tutto condivisibili.

Si tratta però di cominciare a incidere sulla sostanza politica del sistema sanitario e sul ruolo della professione medica e sulla risposta ai bisogni di salute della popolazione: proporre la professione medica non come semplice attore sia pur protagonista del servizio sanitario ma come perno della realizzabilità dei valori che ne stanno alla base.

Occorre un'azione politica decisa e costante ma occorrono anche idee e unicità di intenti, il che è la cosa più difficile a realizzare. Il futuro della professione si gioca in questi anni e dipende da come i medici sapranno schierarsi nell'agone della società civile e nell'evoluzione della politica.

TM

MARCO BALDARI, SERGIO BOVENGA

Il follow-up informatizzato per il miglioramento della gestione del rischio clinico

Nelle strutture sanitarie della Regione Toscana è da anni⁽¹⁾ operativo un sistema di *Incident Reporting* degli eventi di interesse per la gestione del rischio clinico (GRC) che fa leva su tutti gli operatori sanitari ed è incentrato – per l'analisi e la risposta agli eventi senza danno – su figure di riferimento (i *Facilitatori* altrimenti detti *Delegati alla Sicurezza*) presenti nei vari contesti sanitari.

Per gli *incidents* che esitano in danno (con o senza conseguenti richieste di risarcimento) e per gli *eventi sentinella* la analisi e la risposta in ambito GRC sono invece coordinate dalla UO Rischio Clinico aziendale.

Gli eventi di rilievo per la sicurezza (*significant events*) sono oggetto di Audit (*significant event audit*: **SEA**) per i quali è richiesta la vali-

dazione formale da parte dei Clinical Risk Manager, che devono assicurare che le azioni di miglioramento prefigurate dagli Auditor siano descritte con il necessario dettaglio e corredate da modalità attuative pratiche, crono-programma ed indicatori di processo e di risultato.

I Clinical Risk Manager vengono così a trovarsi in prima linea anche rispetto al follow-up delle azioni di miglioramento proposte a seguito di SEA gestiti dai Facilitatori, poiché è naturale che da loro gli operatori sanitari si attendano un ruolo attivo nel promuovere la realizzazione delle azioni di miglioramento di maggiore impatto e/o complessità.

Il problema è che – come dimostrano i dati in Tabella 1 – in varie Aziende Sanitarie il numero dei SEA ha raggiunto volumi notevolissimi ed – in taluni contesti – lo ha fatto in modo esponenziale negli ultimi anni (v. nota)^{1*}

Dunque attualmente molti Risk Manager toscani *validano* centinaia di ipotesi di miglioramento, tutte – a priori – meritevoli della massima attenzione essendo ben noto – in ambito GRC – come spesso dalla serena e disinibita analisi degli eventi senza danno (numericamente molto superiori a quelli con danno), coordinata dai Facilitatori, origina spesso la proposta delle soluzioni più incisive ed innovative in termini di sicurezza.

La soluzione che abbiamo adottato nel nostro contesto (AUSL9 – Grosseto, caratterizzata da un amplissimo ambito territoriale che comprende cinque ospedali) per metterle in rilievo e consentircene il *follow-up* è la seguente:

- classificare le Azioni di Miglioramento in base al rispettivo "impatto per la sicurezza"; indi inserire quelle ad elevato impatto in un database atto a facilitarne lo stretto monitoraggio;
- istituire periodici *giri per la sicurezza* – agiti a cura dello Staff GRC – che, a livello di un Setting e/o di una U.O., nel valutare e promuovere lo stato complessivo degli indica-



Marco Baldari, specialista in Fisiatria e Malattie Infettive, ha operato per anni nel campo della Epidemiologia e della Clinica delle Malattie Infettive, sia in Italia (nel settore Sanità Pubblica ed in Ospedale) che all'estero (Nazioni Unite, European Centre for Disease Control), pubblicando diversi lavori su questi temi. Dal 2008 si occupa di Gestione del Rischio Clinico nella AUSL9 di Grosseto.



Sergio Bovenga, Componente Comitato Centrale FNOMCEO Direttore UOC Rischio Clinico - ASL9 Grosseto. Presidente Co.Ge.APS. Già Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri – Grosseto

Produzione di Serious Event Audit negli Ospedali delle Aziende Sanitarie Toscane

| Azienda | Anno 2009 | Anno 2012 | Var. % |
|-------------------|-------------|-------------|------------|
| Ausl 1 Massa | 237 | 100 | -58 |
| Ausl 2 Lucca | 93 | 86 | -8 |
| Ausl 3 Pistoia | 100 | 174 | +74 |
| Ausl 4 Prato | 33 | 112 | +239 |
| Ausl 5 Pisa | 118 | 91 | -23 |
| Ausl 6 Livorno | 89 | 51 | -43 |
| Ausl 7 Siena | 114 | 103 | -10 |
| Ausl 8 Arezzo | 128 | 172 | +34 |
| Ausl 9 Grosseto | 435 | 608 | +40 |
| Ausl 10 Firenze | 25 | 311 | +1144 |
| Ausl 11 Empoli | 10 | 62 | +520 |
| Ausl 12 Viareggio | 80 | 84 | +5 |
| Aou Pisana | 14 | 177 | +1164 |
| Aou Senese | 15 | 209 | +1293 |
| Aou Careggi | 0 | 314 | +1238 |
| Aou Meyer | 13 | 187 | +1238 |
| Toscana | 1504 | 2841 | +89 |

Tabella 1. I SEA prodotti negli Ospedali delle Aziende Sanitarie Toscane: raffronto 2009 – 2012

Fonte dati: Laboratorio Management & Sanità (<http://performance.sssup.it/toscana/lib/index.php>).

N.B.: i dati relativi alla AUSL9 per il 2012 sono stati corretti sulla base di quelli trasmessi dal Centro Regionale GRC. I dati in tabella, inoltre, non includono l'attività GRC Territoriale [che - nella AUSL9 genera ulteriori 60-70 SEA/Anno].

1 * Le ragioni di questo aumento esponenziale vanno ricercate nella maturazione del sistema di incident reporting, e delle politiche che lo hanno promosso. Peraltro con risultati in termini pratici non sempre pari a quelli desiderati.

tori di sicurezza clinica, facciano il punto del seguito dato a tutte le proposte sorte dai SEA svolti nel periodo precedente.

Con tale approccio nessuna ipotesi di miglioramento rischia di venire *dimenticata* dal Risk Manager, ma la sua possibilità di intervento attivo a supporto della fase di implementazione non viene ad essere dispersa.

I *giri per la sicurezza (patient safety walkround* di cui al punto b) hanno un focus prevalentemente orientato alla verifica della corretta attuazione di tutte le procedure a tutela della qualità e della sicurezza delle prestazioni sanitarie e nella nostra realtà sono sistematicamente praticati interessando tutte le strutture operative.

Quanto segue è invece dedicato alla classificazione ed al follow-up informatizzato delle azioni di miglioramento contenute nei report conclusivi dei SEA (punto A).

Definizione e criteri di selezione degli eventi e delle azioni di miglioramento di particolare rilevanza GRC

In Regione Toscana, dal 2010 è prevista la gestione diretta dei sinistri da parte di tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere. Inoltre una specifica Delibera Regionale prevede che ciascuna istanza di risarcimento sia fatta oggetto di SEA.

Molto presto, peraltro, ci siamo resi conto come – per le ragioni già accennate in precedenza e/o per la scarsa consistenza di alcune richieste di risarcimento – non sempre da questi SEA emergono ipotesi di miglioramento di particolare impatto e necessitanti particolare supporto da parte dello Staff GRC.

Ed altrettanto vale per i SEA dedicati agli eventi notificati attraverso il *sistema aziendale per la segnalazione degli eventi avversi gravi e degli eventi sentinella*, con il quale – in tali frangenti - gli Operatori Sanitari AUSL9 sono tenuti ad allertare prontamente la Direzione USL9. Come sopra accennato infatti, gli eventi associati a conseguenze rilevanti per un paziente non solo sono - per fortuna - poco numerosi, ma rappresentano altresì situazioni nelle quali la capacità propositiva degli Auditors è fatalmente condizionata.

Abbiamo pertanto deciso di applicare *ex post* la etichetta di *evento di particolare rilevanza GRC* a quelli – spesso del tutto senza conseguenze – che in sede di SEA (gestito dai Facilitatori) portano a *proposte di miglioramento ad elevato impatto per la sicurezza*. E di inserirli in un database specifico, assieme agli eventi che hanno generato danno al paziente.

Per consentirci questa operazione era però necessario poter classificare detto *impatto per la sicurezza*. Allo scopo, ci siamo ispirati al metodo usato dal *Veterans Affairs National Center for Patient Safety* (NCPS, USA) per stabilire la priorità degli eventi da sottoporre ad analisi. Così, per ciascuna ipotesi di miglioramento elencata in un

SEA valutiamo un *indice di impatto* al cui *numeratore* poniamo i seguenti elementi:

- probabilità che l'azione, da sola, sia determinante per risolvere la criticità cui è mirata;
- frequenza/numero/probabilità degli eventi evitati eliminando la criticità individuata;
- gravità per il paziente degli eventi/inconvenienti evitabili;
- costi materiali o di immagine per l'Azienda evitati attraverso la eliminazione della criticità;
- distress per gli Operatori Sanitari evitato attraverso la eliminazione della criticità; ed al cui *denominatore* mettiamo:
- *risorse umane necessarie per attuare la proposta;*
- *risorse materiali necessarie;*
- *tempi di realizzazione.*
- *numero, complessità e costi delle eventuali azioni di miglioramento complementari necessarie per garantire il risultato (rimuovere la criticità).*

Con centinaia di azioni di miglioramento da classificare abbiamo rinunciato a priori ad attribuire valori numerici a tutte queste componenti onde ottenere un indice di impatto espresso in termini quantitativi. Dunque ci accontentiamo di valutarlo qualitativamente, riconducendolo ad uno di tre indici numerici: 1 (basso); 2 (medio); 3 (elevato) a cura di almeno due operatori esperti dello Staff GRC che si confrontano e valutano tutti i fattori di cui sopra.

Caratteristiche di un database per il monitoraggio degli eventi e delle azioni di miglioramento di particolare rilievo per la gestione del rischio clinico

Nel disegnare *in house*, il database in questione ci erano *ab initio* ben chiare alcune necessità fondamentali:

- a) assicurarne l'utilizzabilità multi-utente e nel contempo garantire la sicurezza e la confidenzialità dei dati;
- b) rendere il *data-entry* ed il *data-recovery* il meno onerosi possibile (trattandosi di uno strumento ad uso e servizio di operatori sanitari);
- c) che fosse utilizzabile da qualsiasi PC aziendale, senza necessità di *royalties*.

Volevamo inoltre che esso fosse funzionale a varie necessità della UO Rischio Clinico (anche in relazione a requisiti di Accredimento Istituzionale⁽⁷⁾), consentendoci di:

- 1) Generare periodici rapporti della rispettiva *sinistrosità* (richieste di risarcimento da assoggettarsi a SEA) da trasmettersi alle UU.OO. aziendali
- 2) Monitorare l'efficienza del sistema aziendale di reporting degli eventi avversi con danno rilevante (attraverso il confronto eventi segnalati/richieste di risarcimento)

- 3) Monitorare la risposta agli Eventi Sentinella
- 4) Monitorare la implementazione delle principali azioni di miglioramento proposte in esito a SEA
- 5) Favorire - ai fini del governo clinico - un opportuno scambio di dati tra UO Rischio Clinico e le UU.OO. Affari Legali e Medicina Legale, senza comprometterne la confidenzialità e la riservatezza
- 6) Monitorare l'andamento generale delle richieste di indennizzo.

A chiarimento di quanto – in particolare – attiene al punto 5), precisiamo che volevamo schede-evento prive della dettagliata descrizione ed analisi generata dal SEA, bensì incentrate sul contesto nel quale l'evento si è verificato e – soprattutto – sulle eventuali proposte di miglioramento *ad elevato impatto* (come sopra definite) che l'analisi dell'evento ha ispirato.

Per rispondere alle esigenze *tecniche* di cui ai punti a), b) e c) abbiamo:

- dedicata particolare attenzione alla (e successivamente più volte *riveduta*) interfaccia-utente;
- posto il database (ovviamente *password-protected*) su un drive aziendale ad accesso riservato ai soli autorizzati, ad elevata sicurezza e con salvataggio automatico dei dati;
- adottato la piattaforma *MsAccess*, che consente un agevole utilizzo multi-utente, lo *splitting* dati / interfaccia, l'utilizzo del db da parte di PC previa installazione di solo software gratuito (*MsAccess runtime*).

Per cogliere tutte le opportunità pratiche offerte dall'adozione di un database (di cui ai punti 1 - 6) è importante disegnarlo avendolo tutte presenti *ab-initio*, ma tenendo parimenti in conto il rapporto costo/beneficio associato alle collegate necessità di inserimento-dati, nonché la facilità d'uso.

Le Figure 1 e 2 illustrano l'attuale pagina di apertura ed uno dei grafici generati dal nostro database.

Primi risultati del monitoraggio informatizzato delle azioni di miglioramento ad elevato impatto per la sicurezza nella AUSL9 di Grosseto

Gli attuali contenuti del nostro database riflettono la sua recente conversione a strumento per monitorare ed assicurare la implementazione delle azioni di miglioramento più impegnative ed incisive, laddove in realtà era nato come strumento per assicurare un follow-up GRC agli eventi associati a richieste di risarcimento. Delle attuali 440 schede-evento, infatti, ben 398 riguardano istanze di risarcimento (quelle in regime di *risarcimento diretto*, presentate a partire dal 2010).

Una analisi GRC (SEA) è peraltro stata garantita solo alle istanze riferite a fatti *accaduti* negli ultimi quattro anni, dunque in un ambiente operativo presumibilmente molto simile a quello attuale. Inoltre, numerose istanze di risarcimento (55) sono relative ad inconvenienti-infortuni che noi definiamo "*di area tecnica*", con ciò intendendo che sono legate a fattori estranei alla diagnosi e terapia *sensu stricto* ed interessano in prevalenza i non degenti (vedi Nota)^{1*}.

1* (Nota): Trattasi di cadute nelle aree esterne ai presidi sanitari, di danneggiamenti da caduta di rami nei parcheggi aziendali, di malfunzionamento di porte scorrevoli e cancelli automatici, ecc. ecc. Pur oggetto dei nostri periodici resoconti riassuntivi inviati alle competenze tecniche interessate, il follow-up degli eventi di questo tipo non rientra negli scopi del ns. database, essendo – naturalmente – affidato a competenze esterne alla UO GRC.

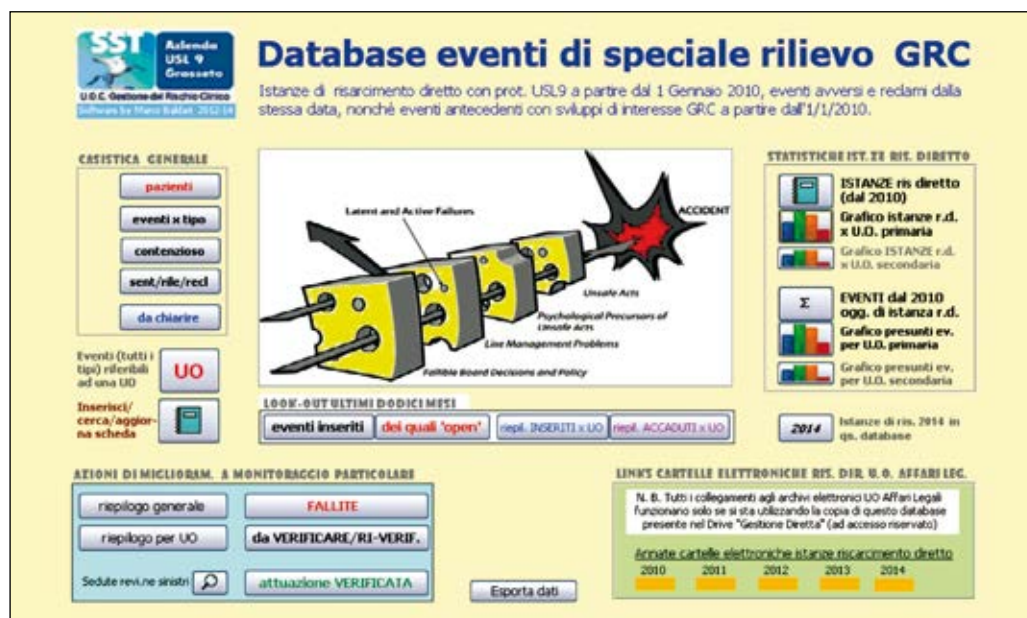


Figura 1 - L'interfaccia-utente del nostro database

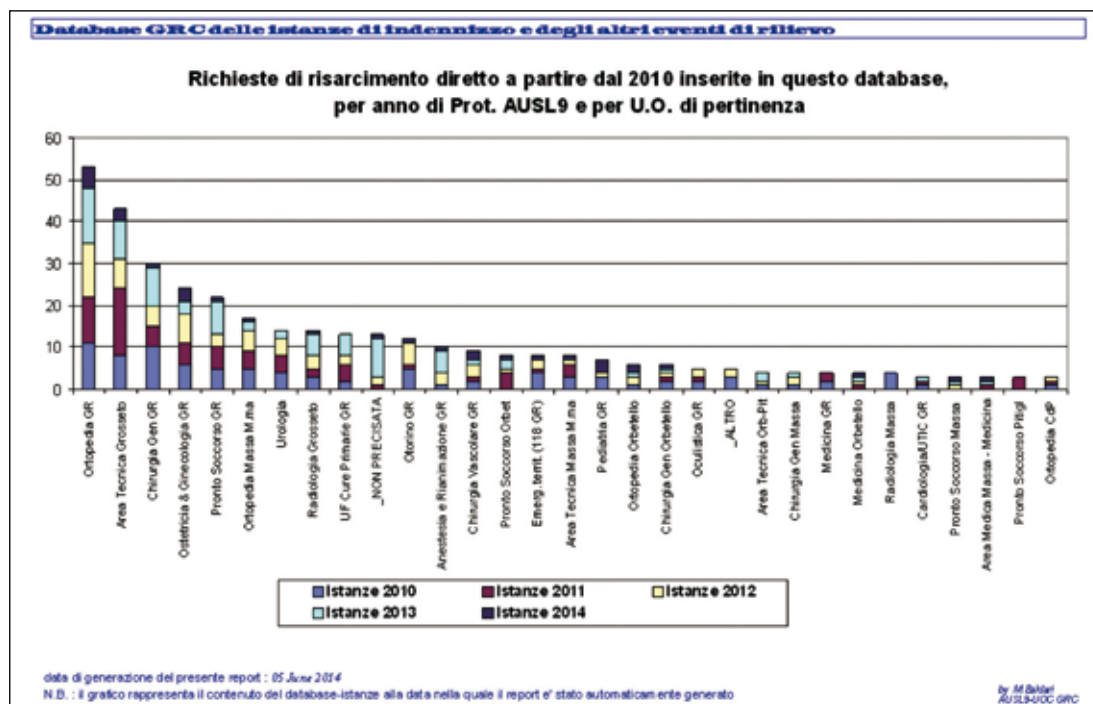


Figura 2 - Uno dei grafici generati dal database

Al netto di quanto sopra, gli eventi inseriti nel database e collegati a richieste di risarcimento assoggettate ad analisi e follow-up GRC sono circa 200, laddove il complesso degli altri “*eventi di particolare rilevanza*” (come sopra definiti) inseriti ne totalizza 33 (dei quali 4 *eventi-sentinella*).

Le azioni di miglioramento *ad elevato impatto* (come sopra definito) censite ed assoggettate a stretto monitoraggio con il supporto del database sono al presente 37. Di queste 16 risultano tuttora in follow-up, 19 attuate e verificate e 2 “fallite” (non implementate e per ora accantonate).

Conclusioni

Laddove gli operatori sanitari siano stati adeguatamente formati e siano disponibili alla segnalazione degli *eventi* di rilievo per la sicurezza del paziente, un utilizzo metodico degli strumenti per la gestione del rischio clinico porta alla proposizione di un grande numero di *azioni di miglioramento*.

Queste ultime variano da quelle di più immediata e semplice realizzazione a quelle più complesse. E quando – come si sta attualmente verificando in molte Aziende Sanitarie Toscane – si stimola il massiccio ricorso alla loro formalizzazione nel contesto di Report associati a SEA (Audit GRC), può divenire difficile - per un Clinical Risk Manager ed il suo staff - concentrare la propria attenzione sulle proposte di maggior rilievo per la sicurezza e – tra esse –

su quelle che necessitano di un supporto e/o di uno stretto monitoraggio da parte sua.

In questo contesto può essere di notevole aiuto l’adozione di un sistema di classificazione degli eventi basato sulle loro ricadute in termini di possibili miglioramenti da apportare al sistema piuttosto che per le conseguenze per il paziente immediatamente coinvolto (che spesso sono nulle).

Un ulteriore contributo può venire dall’adozione di un database disegnato per consentire il perseguimento parallelo di molteplici obiettivi, avendo peraltro al centro il *core business* della UO Rischio Clinico, che è quello di stimolare la formulazione e poi presidiare la implementazione delle azioni di miglioramento più significative.

Tra gli altri obiettivi facilitati dall’adozione di un *database degli eventi di rilievo* stanno: monitorare la *sinistrosità* generale dell’Azienda e quella relativa a singoli ambiti, monitorare l’efficienza del sistema aziendale di *reporting* degli eventi avversi, generare periodici sommari di area da inviarsi (come pro-memoria) ai clinici interessati, monitorare la risposta agli *eventi-sentinella*, facilitare un proficuo scambio di dati (senza compromettere la confidenzialità e la riservatezza) tra il Rischio Clinico e le altre UU.OO. aziendali coinvolte nel governo clinico.

TM

Info: m.baldari@usl9.toscana.it

Nota della Redazione

Pubblichiamo volentieri questo interessante articolo la cui attualità non diminuisce anche se i dati esposti non sono recenti. Le conclusioni sono ancora oggi del tutto condivisibili: sempre maggiore attenzione deve essere riservata all’informatizzazione dei processi di analisi e gestione del rischio clinico.

VEGA CECCHERINI, FRANCESCA PIERALLI¹, ROSSELLA CECCONI², GIORGIO GAROFALO²

La salute? Questione di genere

Le differenze tra il genere maschile e quello femminile in termini di esiti di salute sono note e non del tutto riconducibili alle sole differenze biologiche.

I dati del sistema di sorveglianza PASSI¹ mostrano come gli uomini e le donne residenti in Toscana differiscano nello stato socioeconomico, negli stili di vita e nello stato di salute fisica e psichica.

Dai dati raccolti, livello di scolarità delle donne risulta uguale o maggiore rispetto a quello degli uomini, ma non sembra esserci parità a livello occupazionale: solo poco più della metà delle donne dichiara di avere un lavoro regolare. Allo stesso modo, il genere femminile sembra affetto in misura maggiore dalle difficoltà economiche. Infatti, solamente il 46% circa delle donne, contro il 51% degli uomini, dichiara, considerando il reddito del nucleo familiare, di non avere nessuna difficoltà economica (Grafico 1).

Ulteriori differenze si rilevano nell'ambito

degli stili di vita (Grafico 2). È noto come uno stile di vita sano sia determinato da una serie complessa di variabili individuali e sociali, tra le quali si annovera il genere. I dati PASSI evidenziano come le donne sembrano in generale più propense degli uomini all'adozione di stili di vita corretti.

Il 56% degli intervistati toscani dichiara di essere bevitore, ossia di aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno un'unità di bevanda alcolica. In linea con i dati delle altre Regioni centro-settentrionali, un terzo dei bevitori, ossia circa un intervistato su sei (17%), può essere classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio o perché fa un consumo abituale elevato o perché bevitore fuori pasto o perché bevitore binge (assunzione di grandi quantità di alcol in una singola occasione) oppure per una combinazione di queste tre modalità. Questa percentuale è più alta nei maschi, il 21% dei quali può essere incluso tra i bevitori a rischio, contro il 13% delle femmine.



Vega Ceccherini è laureata in Medicina e Chirurgia nel 2009 presso l'Università degli Studi di Firenze. Dal 2011 è medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva. Attualmente svolge un tirocinio formativo presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

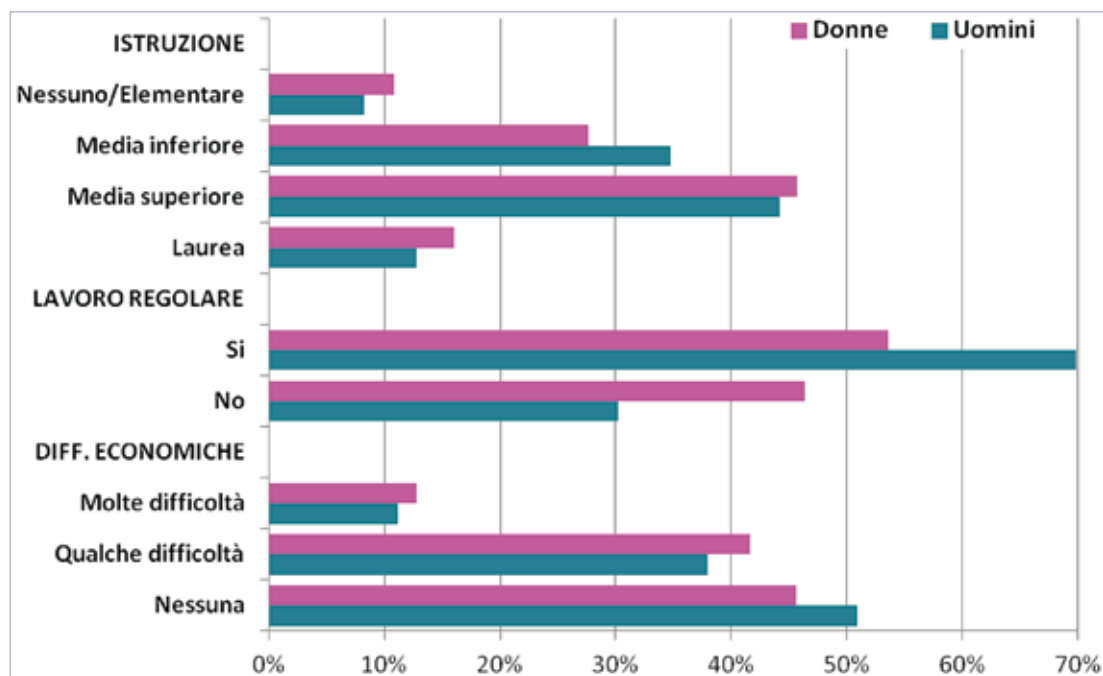


Grafico 1 - Caratteristiche sociodemografiche del campione toscano. Dati PASSI 2010-2013

¹ Sistema di sorveglianza nazionale attivo dal 2006 che raccoglie in continuo, attraverso indagini campionarie telefoniche, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili, in Toscana tra il 2010 e il 2013 sono state intervistate 15852 persone tra i 18 e i 69 anni, con età media di 45 anni.

¹ Università degli Studi di Firenze - Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva

² ASL 10 Firenze Dipartimento di Prevenzione - Coordinamento Regionale PASSI

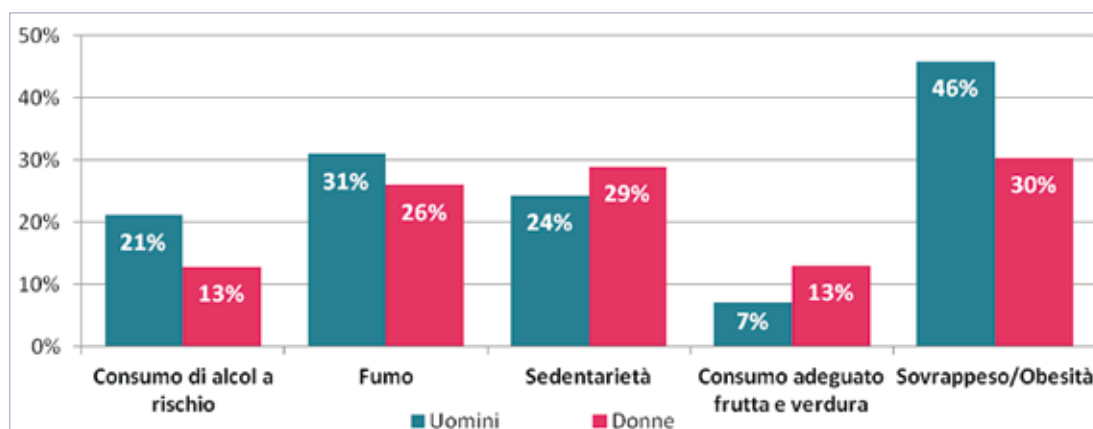


Grafico 2 - Stili di vita. Il comportamento del campione toscano. Dati PASSI 2010-2013

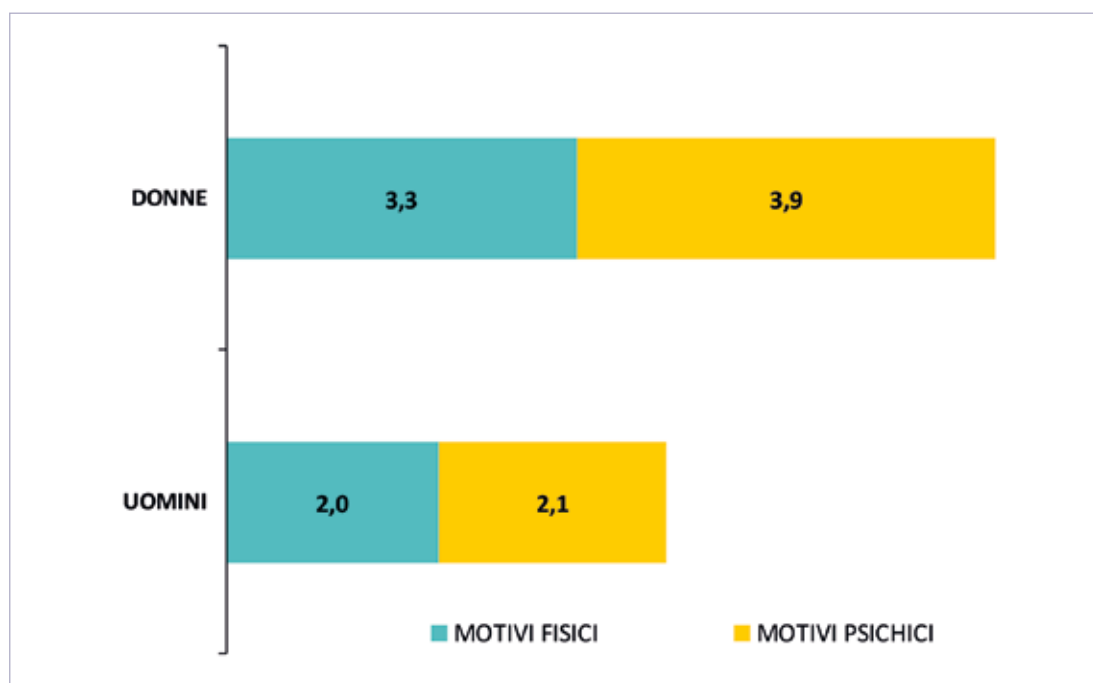


Grafico 3 - Giorni trascorsi in cattiva salute fisica o psichica negli ultimi 30 giorni. Dati PASSI 2010-2013

Tra le modalità di consumo a rischio è molto diffuso, soprattutto nelle fasce d'età più giovani, il consumo binge, anch'esso più frequente tra gli uomini (12% vs 5%).

Nonostante la guida in stato di ebbrezza sia sanzionata dall'art. 186 del Codice della Strada, tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato un veicolo negli ultimi 30 giorni, quasi uno su dieci (9%) dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. Questo comportamento illecito e pericoloso è molto più frequente tra gli uomini (13% vs 4%) e nelle fasce d'età più giovani.

In media con i valori nazionali, il 28% degli adulti 18-69 anni residenti in Toscana fuma sigarette.

Anche questa cattiva abitudine è maggiormente prevalente nel mondo maschile. Infatti, circa un uomo su tre risulta fumatore (vs una donna

su quattro), mentre il 57% delle donne dichiara di non aver mai fumato (vs 43% degli uomini).

Sulla base dei dati PASSI si stima che in Toscana oltre un terzo (38%) degli adulti 18-69enni sia sovrappeso o obeso. L'eccesso ponderale è però una caratteristica più tipicamente maschile, con circa il 46% degli uomini che risulta sovrappeso o obeso, contro circa il 30% delle donne.

La minore diffusione dell'eccesso ponderale nelle donne si associa anche ad una più corretta percezione del proprio peso corporeo. Infatti, solamente il 20% delle donne in sovrappeso o obese ritiene che il proprio peso sia giusto, contro quasi la metà degli uomini (46%). Allo stesso modo le donne risultano più attente alla "forma" e la percentuale di donne in eccesso ponderale che sta seguendo una dieta per perdere peso è doppia rispetto a quella degli uomini (36% vs 19%).

Relativamente all'alimentazione, si osserva

che nella nostra Regione il consumo di adeguate quantità di frutta e verdura (almeno 5 porzioni al giorno) non è particolarmente diffuso, seppur in linea con la media nazionale. Solamente il 10% della popolazione raggiunge i consumi giornalieri consigliati, con percentuali migliori nelle donne rispetto agli uomini (12% vs 7%).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda lo svolgimento di almeno 150 minuti di attività fisica moderata o 75 di attività fisica intensa alla settimana. Solamente un terzo degli adulti toscani ha uno stile di vita attivo (34,4%), in quanto pratica l'attività fisica raccomandata oppure svolge un'attività lavorativa pesante dal punto di vista fisico.

In controtendenza rispetto a quanto emerso per gli altri stili di vita, le donne sono più sedentarie rispetto agli uomini (29% vs 24% di soggetti completamente sedentari).

Gli uomini hanno una migliore percezione del proprio stato di salute, con più del 72% (vs 63% nelle donne) che dichiara di sentirsi bene o molto bene. Inoltre, nel genere femminile sembrano assai più diffusi i sintomi di depressione, che arrivano ad interessare il 12% delle intervistate, contro solamente il 5% degli uomini.

Anche sul fronte della qualità della vita le donne sembrano avere più difficoltà degli uomini; infatti dichiarano di aver vissuto in media 7 giorni di cattiva salute, sia fisica che psichica, nel mese precedente l'intervista (vs 4% degli uomini), non riuscendo a svolgere le proprie attività abituali per 1,4 giorni, contro 1,1 giorno degli uomini (Grafico 3).

I dati confermano che le differenze di genere si estrinsecano non solo sotto l'aspetto anatomo-fisiologico, ma anche in un insieme di differenze funzionali, biologiche, culturali e sociali. Già nel 1998 l'OMS ha preso atto delle differenze di genere richiedendo, dal 2002, l'integrazione delle considerazioni legate alle differenze di genere nelle politiche sanitarie e nei programmi di salute. La medicina di genere è considerato un obiettivo di Sanità Pubblica finalizzato ad aumentare l'appropriatezza delle cure e consentire ricadute positive nell'efficienza e nell'equità dei sistemi sanitari.

TM

Info: vega.ceccherini@gmail.com

LETTI PER VOI

Narrare la vita spezzata

GIOIA GORLA

Laurum Editrice

Gioia Gorla con questa sua nuova fatica ci consegna un piccolo ma intenso testo, edito da Laurum Editrice, che rappresenta un notevole esempio di cosa si deve modernamente intendere per medicina narrativa. Sono cinque brevi biografie, condensate dall'autrice, di giovani colpiti dallo stesso gravissimo evento traumatico che ha lasciato una tetraplegia. Il diverso vissuto dei singoli coincide nella capacità, autonoma ma spesso supportata dall'amorevole e professionale aiuto dei parenti e del personale sanitario, di ritrovare una ragione di vita sia pur condizionata dalla necessità di una continua presenza di aiuto. Cinque vite emblematiche dal punto di vista medico ma estremamente coinvolgenti sul piano umano.

Alfredo Zuppiroli, nella sua bella prefazione, nota quanto siano cambiate le condizioni di sopravvivenza di questi malati con l'evoluzione della medicina riabilitativa e come i professionisti della sanità abbiano compreso che la prima riabilitazione è psicologica. Zuppiroli nota anche come l'istituzione del servizio sanitario abbia rappresentato un punto di svolta nell'assistenza di questi pazienti, che non può essere che pubblica, integrata strettamente con l'ausilio della famiglia e di volontari. Il servizio sanitario è una conquista di civiltà da salvaguardare sempre. Ma il libro ci induce anche a riflettere sul senso profondo della relazione terapeutica; ci insegna come un corretto rapporto professionale e umano sia alla base di ogni buona medicina. Infine ci costringe a fare i conti, in tempi di trionfo della tecnologia, essenziale perché a questa dobbiamo tanti mirabili presidi che aiutano questi pazienti, con l'obbligo di ascoltare chi soffre e di comprendere la sua narrazione che è ancora il fondamento della medicina come professione di aiuto.

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



Sommarrio - Rimando pagina interno



E-mail - Rimando programma e-mail



Alessandro Rossi,
Professore ordinario di
Neurologia.
Direttore del
Dipartimento di
Scienze Neurologiche e
Neurosensoriali,
Università di Siena

ALESSANDRO ROSSI

La sfida delle neuroscienze: descrivere e decodificare l'architettura organizzativa delle connessioni neuronali

Un tema importante di cui oggi la scienza si occupa è lo studio della struttura, del comportamento e dell'evoluzione di sistemi complessi come gli ecosistemi, le società, l'economia globale, il cervello.

Per comprendere questi sistemi si richiede la conoscenza non solo dei componenti elementari del sistema, ma anche dei modi nei quali questi componenti interagiscono e le proprietà che emergono dalle loro interazioni. Studi condotti per oltre un secolo dalle neuroscienze sui componenti elementari del sistema nervoso, cioè sui neuroni, hanno svelato le loro straordinarie caratteristiche strutturali, morfologiche e funzionali. Ma tutti gli organismi viventi, compresi quelli dotati di un sistema nervoso elementare, hanno neuroni con proprietà simili. Il nostro cervello è unico e non lo è perché possiede cellule speciali: i suoi neuroni sono uguali a quelli del *Caenorhabditis elegans*, un nematode di un millimetro di lunghezza il cui sistema nervoso è stato dettagliatamente analizzato dai neuroscienziati. Sappiamo che "un neurone è un neurone" e che rappresenta l'unità di base universale. Ma neanche il loro numero totale, quindi le dimensioni del cervello, possono giustificare la nostra unicità. Infatti, sebbene il nostro cervello contenga il maggior numero in assoluto di neuroni per unità di volume rispetto alle altre specie, analizzando quantitativamente le sue caratteristiche e confrontandole con quelle di differenti specie animali, è stato concluso che non vi è alcuna relazione tra la dimensione e le potenzialità funzionali.

Qual'è quindi la spiegazione della nostra unicità di specie? Le neuroscienze hanno introdotto recentemente il concetto di *connettoma*. *In analogia ed in assonanza* con il genoma umano, si tratta della mappa completa delle connessioni cerebrali e quindi della loro geometria organizzativa. Tuttora, dopo più di un secolo di ricerca, manca una mappa completa delle connessioni non solo del cervello ma anche dei suoi sottosistemi. L'ipotesi è che

noi siamo l'architettura delle nostre connessioni, che è unica in ciascuno di noi e che contiene tutte le informazioni riguardanti la nostra identità. In altri termini, la comunità scientifica è convinta che le proprietà del cervello emergono dall'architettura organizzativa delle sue connessioni, cioè dal suo diagramma di cablaggio e non dalla proprietà dei singoli elementi di per sé. Infatti, come per ogni sistema complesso, anche per il cervello le leggi che regolano il comportamento globale del sistema non sono deducibili dall'analisi delle leggi che regolano l'attività di ciascuno dei singoli costituenti.

Quindi la grande sfida lanciata dalle neuroscienze (formalizzata nel 2010 con un finanziamento iniziale di 40 milioni di dollari che il National Institute of Health ha destinato al progetto Human Connectome) è proprio quella di descrivere il sistema più complesso dell'universo conosciuto: 100 miliardi di neuroni, 130.000 miliardi di connessioni che coprono linearmente una distanza di 160.000 Km (circa quattro volte la circonferenza terrestre) e in grado di generare 10^{24} operazioni ogni secondo. Si stima che il connettoma umano sia in grado di gestire 10^{12} gigabytes di dati. Per avere un termine di confronto, l'intero genoma umano gestisce meno di 5 gigabytes.

Quando avremo descritto e decodificato la complessa architettura di connessioni cerebrali dove scorrono e interagiscono le complicate sequenze di attività elettrica generate dai nostri neuroni, quando avremo il diagramma di cablaggio del cervello umano, cioè il suo connettoma, potremo capire come riusciamo a programmare un movimento, elaborare un pensiero, rievocare il passato, analizzare il presente e immaginare il futuro. Ma potremo anche capire le basi di molte malattie neurologiche e mentali. Il progetto ha infatti implicazioni per una vasta gamma di malattie neurologiche e psichiatriche, come l'autismo, la schizofrenia e la malattia di Alzheimer.

Tutto questo si basa su una serie di presupposti scientifici, il primo dei quali risale a circa 20 anni fa. Nel 1996, dopo 12 anni di lavoro, il team di S. Brenner (Premio Nobel nel 2002) pubblicò la mappa completa delle connessioni tra tutti i neuroni del *C. elegans* con alcune lacune colmate nel 2006 da Chen, Hall e Chklovskii. La ricostruzione della struttura nervosa di questo Nematode (solo 302 neuroni con 7000 connessioni) cioè del "diagramma di cablaggio", ha consentito di capire il suo comportamento. Adesso un progetto chiamato "OpenWorm project" ha replicato la rete di connessioni neuronali del *C. elegans* in un software che gestisce un robot. Senza alcuna istruzione programmata e usando solamente la rete di connessioni che replica il sistema nervoso del nematode, il robot si muove in maniera simile al *C. elegans*. Questo dimostra che il diagramma di cablaggio tra i neuroni è il fattore cruciale che determina le proprietà complessive del sistema nervoso.

Il diagramma di cablaggio del cervello, cioè l'insieme dei collegamenti che interconnettono i neuroni, non deve essere visto come l'equivalente di una stesura grafica di uno schema elettrico. Le connessioni cerebrali sono, infatti, soggette a continui cambiamenti. Il cervello, diversamente da quanto ritenuto in passato, è un sistema in perenne trasformazione. La vita plasma l'organizzazione delle nostre con-

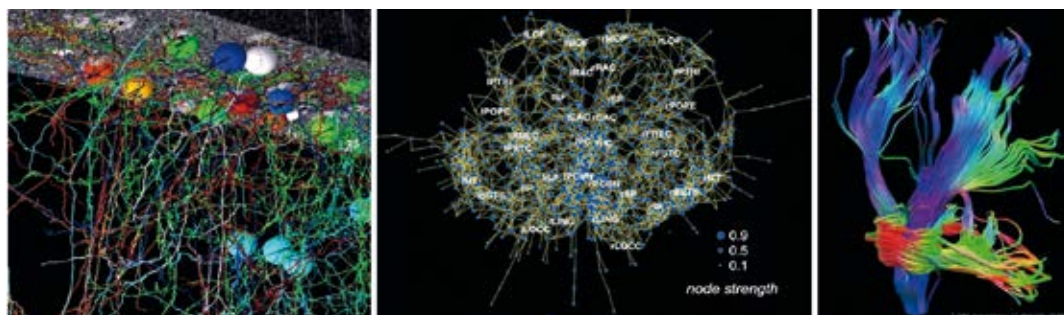
nessioni attraverso le nostre esperienze. Per esempio, nei primi mesi di vita si stabiliscono connessioni a un ritmo impressionante: 1/2 milione al secondo. Il ritmo decresce progressivamente e l'esperienza inizia a selezionare ed eliminare le connessioni inutili sino a che nell'adulto rimangono solo il 60% delle connessioni della prima infanzia.

Ma anche durante la vita adulta gran parte delle connessioni cerebrali subisce continui cambiamenti: possono essere create, rinforzate, indebolite o eliminate in ogni momento. Questa perenne trasformazione permette la formazione di nuovi moduli di associazione di neuroni durante l'apprendimento o le fasi di codifica di un evento da memorizzare.

Ma accanto a questa dinamica e continua riorganizzazione, ci sono connessioni strutturalmente stabili che formano i moduli di archiviazione dei nostri ricordi (autobiografici e semantici) e di tutti gli schemi motori che abbiamo appreso e conservato. In conclusione, la nostra identità è riflessa nell'architettura organizzativa delle nostre connessioni: *"ciascuno di noi possiede la propria architettura di connessioni cerebrali ed è questa che fa di noi ciò che siamo"*.

TM

Info: rossiale@unisi.it



La rete di connessioni cerebrali può essere definita a differenti livelli di scala che corrispondono a livelli di risoluzione spaziale. La prima immagine a sinistra, è un'immagine della rete di connessioni a livello di microscala (risoluzione micrometrica). I neuroni sono identificabili con le sfere colorate e appartengono alla corteccia visiva di animale: un'eloquente dimostrazione della complessità organizzativa del cervello. La figura intermedia è un'immagine della rete di connessioni funzionali ottenuta dal cervello umano a riposo con la tecnica della risonanza magnetica funzionale. Nota che è possibile identificare connessioni deboli e forti (node strength). La figura a destra è un'immagine di fasci nervosi (trattografia) ottenuta con tensore di diffusione: una tecnica speciale di risonanza magnetica. In generale, le immagini ottenute con particolari tecniche di risonanza magnetica vengono sottoposte a modellazione allo scopo di rappresentare le vie anatomiche di connessione, oppure di identificare e quantificare le connessioni che funzionalmente legano aree cerebrali diverse di un cervello a riposo o durante l'esecuzione di determinati compiti. Le connessioni funzionali vengono tipicamente identificate mediante l'analisi della sincronizzazione dell'attività cerebrale: se due o più strutture cerebrali distinte si sincronizzano, significa che sono tra loro interconnesse e che stanno collaborando per eseguire una determinata funzione. Benché la risoluzione di queste tecniche sia a livello di macroscale, esse permettono di ottenere preziose informazioni relative all'organizzazione funzionale del cervello.

Manfredo Fanfani

COSMA E DAMIANO

Seconda parte (prima parte nel numero di Novembre/Dicembre 2015)

COSMA E DAMIANO ELETTI SANTI PROTETTORI DELLA CITTA' DI FIRENZE

Quando nel 1530 Alessandro de' Medici tornò a Firenze come signore della città col titolo di Duca elesse i santi Cosma e Damiano, già protettori del Casato, a protettori della città di Firenze.

San Giovanni era troppo legato alla Firenze repubblicana, da ciò nasceva l'opportunità di scegliere due santi non politicamente compromessi. Questo

destò grande rammarico nei fiorentini che vedevano detronizzato il loro venerato san Giovanni, scelto come protettore della città per il suo rigore morale e l'estrema fermezza. Anche la moneta dell'epoca, il "fiorino d'oro", portava sul recto il giglio ed il nome della città e sul verso l'immagine di san Giovanni. Alessandro ordinò a Benvenuto Cellini



**Beato Angelico (1395ca-1455):
"Madonna con il Bambino ed alcuni santi",
Museo di S. Marco, Firenze.**

Cosma e Damiano sono ritratti alla destra della Madonna vestiti con i simboli del loro "status" di medici: ampia tonaca rossa e cappello rosso. Il santo che sta più indietro ha il cappello in testa, il santo che sta avanti ed è più vicino alla Madonna, si è tolto il berretto rosso guarnito di vaio che è adagiato sulla spalla destra, rosse sono le calzature. Il santo tiene nella mano sinistra il cofanetto donato con i medicinali, nella destra la palma del martirio.

**Sandro Botticelli (1444-1510):
"Sacra conversazione
con i santi Maddalena, Battista,
Francesco, Caterina,
Cosma e Damiano",
Galleria degli Uffizi, Firenze.**

In questa immagine i santi Cosma e Damiano, inginocchiati di fronte alla Vergine, sono vestiti con la consueta tonaca rossa, ma è uno dei pochi casi in cui compaiono senza cappello in testa: tolto in segno di rinuncia al proprio "status professionale", di reverenza e sottomissione, tenuto conto della vicinanza alla Madonna. Il cappello è sostenuto con le mani giunte contro il petto. Si è ipotizzato che le fisionomie dei due santi riproporessero i ritratti di Lorenzo il Magnifico e del fratello Giuliano, una studiata sovrapposizione con finalità promozionali.



di coniare una nuova moneta d'argento, il "testone", che avesse sul recto la sua immagine e sul verso quella dei santi Cosma e Damiano. Benvenuto Cellini, intimorito dalle critiche pungenti dei suoi concittadini, giustificava la sua opera dicendo che "Sua Eccellenza il Duca gli aveva imposto queste sostituzioni". Ai fiorentini tutto ciò non andò molto a genio per due moti-

vi: primo non amavano il culto del potere e della personalità imposti da Alessandro, in secondo luogo il loro san Giovanni, simbolo della Firenze repubblicana, era stato gravemente offeso. Qualche anno più tardi quando Lorenzino de' Medici fece uccidere da un sicario il Duca Alessandro, nel regolamento dei conti mise certamente anche la storia di quella sostituzione! Lorenzaccio andava infat-



Il tradizionale "fiorino d'oro" sostituito dal "testone", un rovescio da fare meravigliare il mondo!

*Nelle prime due immagini il tradizionale "fiorino d'oro" che porta sul "recto" il giglio e il nome Florentia. Sul "verso" l'immagine di san Giovanni e la scritta S. Iohannis B. Nella terza e quarta immagine la moneta d'argento il "testone" che sostituì il fiorino, fu commissionata a Benvenuto Cellini dal Duca Alessandro nel 1553; porta sul recto l'immagine del Duca e l'iscrizione "ALEXANDER *M *R *P *FLOREN *DUX". Sul verso i santi Cosma*

*e Damiano con le parole "S *COSMUS *S *DAMIANUS". I due santi, già protettori del casato, furono eletti dal Duca protettori della città di Firenze. Ciò suscitò il risentimento dei fiorentini per l'offesa resa al loro venerato san Giovanni. Quando Lorenzino de' Medici fece uccidere da un sicario il Duca Alessandro, da tempo andava dicendo che al Signor Duca avrebbe fatto "un rovescio da fare meravigliare il mondo", una chiara allusione al tanto discusso "rovescio" della nuova moneta con l'immagine dei santi Cosma e Damiano al posto di san Giovanni.*

Nasce il "medico di famiglia"

**Pontorno (1494-1556):
"Ritratto del Duca Alessandro",
Coll. Johnson, Philadelphia.**

Alessandro de' Medici, detto il Moro, nel 1532 è nominato primo Duca di Firenze. Si tratta del primo leader di colore di uno stato non africano, una supremazia storica e culturale della città di Firenze!



**Beato Angelico
(1395ca-1455):
"Santi Cosma e Damiano",
National Gallery of Art,
Washington, D.C.**

Nell'immagine, dedicata alla guarigione di Palladia i due santi sono rappresentati con aureola, mantello rosso e berretto rosso orlato di pelliccia a simboleggiare lo "status professionale" del medico. Come appare nell'immagine i santi non prescrivevano i farmaci, ma offrivano personalmente all'ammalata il bicchiere con la pozione medicinale. La medicina nasceva come "medicina di relazione", caratteristica che si perderà in gran parte con l'avanzare della medicina specialistica d'organo e con quella tecnologica.



ti dicendo in giro per la città che avrebbe fatto al Signor Duca "un rovescio da far meravigliare il mondo!", una chiara allusione alla storia delle due discusse facce della nuova moneta. Che il Duca Alessandro temesse gli umori dei fiorentini lo dimostra anche il fatto che nella Fortezza da Basso, da lui fatta appositamente costruire come dimora protettiva, le torri armate guardano verso il cuore della città di Firenze e non verso la pianura circostante, via d'accesso dei potenziali

nemici, che temeva evidentemente molto meno dei suoi concittadini! Occorre sottolineare una supremazia storica e culturale di Firenze: Alessandro de' Medici fu nominato nel 1532 primo Duca della città; era detto "Il Moro" per il colore scuro della sua pelle. Si trattò in assoluto del primo leader di colore capo di uno stato non africano, un vero primato fiorentino! Alessandro (1510-1537) era figlio naturale di Lorenzo II, "Duca di Urbino" e di una schiava mulatta.



Beato Angelico (1395ca-1455):
"Pala di Annalena", guarigione di Palladia,
San Marco, Firenze.

Palladia, guarita, trattiene per la tonaca Damiano e lo scongiura, in nome del Signore, di accettare un piccolo omaggio offerto con cuore riconoscente, virtù cristiana. Non si tratta di un sacchetto con dei denari ma con tre uova! Nell'immagine Damiano istintivamente alza la mano destra con un gesto di rifiuto ma, sensibile alla supplica, tende la mano sinistra per accettare il dono che Palladia gli sta offrendo. Non si trattava di denari ma di

un dono del tutto simbolico: tre uova! Ciò non toglie che Cosma non perdonerà il gesto di Damiano per il voto fatto di esercitare senza mercede. Nell'immagine Cosma si allontana con gesto di disapprovazione; affermerà di non voler essere seppellito con il fratello dopo la morte; tiene in mano il cofanetto dorato con i medicinali. Sul fianco destro di Damiano, soffermatosi con Palladia che lo trattiene per il mantello, aprendolo, compare la borsa finemente lavorata per gli strumenti chirurgici, a sottolineare che la chirurgia e la terapia farmacologica sono due arti gemelle come gemelli erano i due santi.

La componente chirurgica della medicina nasce con un sogno prediletto dell'uomo: il trapianto



**Beato Angelico (1395ca-1455):
"Il miracolo della gamba del moro",
Museo di S. Marco, Firenze.**

Nell'immagine Cosma e Damiano sono raffigurati nell'atto di trapiantare la gamba nera di un Saracino al posto di quella bianca in cancrena del diacono Giustimiano della chiesa romana dedicata ai santi. Le guarigioni avvenivano per prassi durante il sonno; significativa l'abitudine di passare la notte nel tempio di Esculapio.

L'Artista, sottolineando l'aspetto chirurgico della nuova scienza, anticipa un sogno prediletto dell'uomo: il trapianto di un organo. Sul lato del capoletto è appesa la "matula", contenitore in vimini del recipiente di vetro con le urine da fare visionare al medico, ciò sottolinea l'importanza già all'epoca attribuita a tale indagine.

Le scarpe ai piedi del letto e la porta spalancata rappresentano la speranza di un ritorno verso la normalità della vita! E' verosimile esprimere l'ipotesi che il diacono fosse affetto da una grave infezione cutanea (erisipela) che, sia pure raramente, guariva con esito in iperpigmentazione bruna che un detto popolare definiva "arto di negro".

Una guarigione senza dubbio miracolosa, tenuto conto dei modestissimi mezzi terapeutici dell'epoca! L'immaginazione iconografica dell'artista avrebbe tradotto la peculiarità dell'evento in un miracoloso trapianto della gamba di un nero su un bianco. Nel 1969, circa un anno dopo il primo trapianto di cuore, incontrai Christian Barnard a Firenze, mi parlò delle difficoltà subentrate per il suo intervento.

Era deceduto in un incidente stradale un uomo di colore, l'equipe chirurgica era già pronta in sala operatoria, però, motivazioni di opportunità, scongiurammo il trapianto del cuore di un uomo nero su un bianco; si dovette attendere il decesso di una giovane donna alcune settimane dopo.

Illustrai a Barnard le immagini del trapianto della gamba di un nero su un bianco del Beato Angelico, ne rimase colpito; convenne che l'immagine sottolineava più elementi di uguaglianza che di differenza fra uomini di diverso colore, inoltre si trattò di un intervento che non aveva avuto quei problemi di rigetto che complicarono seriamente i primi trapianti...

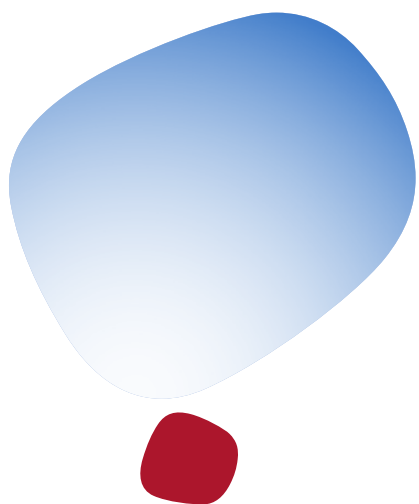
**Fernando del Rincón (XVI secolo):
"I miracoli dei santi Cosma e Damiano", Il Prado, Madrid.**

*Mentre uno dei santi esegue il trapianto della gamba di un nero sul diacono Giustimiano, l'altro assiste con il cofanetto degli unguenti nella mano sinistra, e nella mano destra tiene la spatola. Sul fianco dei due santi, come dettava la tradizione, è posta in evidenza la borsa dei ferri chirurgici. Disteso per terra è messo in risalto il corpo nero del Saracino al quale, come dice il beato Jacopo da Varazze nella sua *Legenda Aurea*, "ungendo la piaga, diligentemente riportarono la coscia de lo inferno al corpo del Saracino morto".*

E' posta in evidenza la diversità di colore della due gambe. Il diacono, a cui è stata trapiantata la gamba sinistra del negro, è addormentato e tiene in mano un ramo di papavero o di mandragora, con evidente allusione al suo stato narcotizzato. Seduto sul lato destro appare un giovanetto con un serpente che esce dalla bocca; evidentemente un collage con un altro dei miracoli attribuiti ai due santi che estrassero un serpente che il giovane aveva ingoiato nel sonno.



Continua nel prossimo numero...



Otsuka

Otsuka-people creating new products
for better health worldwide

*Questo numero di Toscana Medica è stato realizzato
con il contributo incondizionato di **Otsuka***

DANIELE DIONISIO

Sviluppo Sostenibile e Governance

*Sintesi dell'articolo originale pubblicato
in Intellectual Property Watch September 24, 2015*

<http://www.ip-watch.org/2015/09/24/un-sdgs-need-u-turn-on-governance-for-health/>

L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, adottata dalle Nazioni Unite nel settembre 2015, difficilmente centrerà l'obiettivo "Salute" a meno di svolte radicali dei governi per correggere le disfunzioni che minano l'accesso.

Nel panorama mondiale odierno, lacerato da scollamenti, discordie ed attriti fra le parti, le radici delle iniquità e disuguaglianze nel campo della salute sono iscritte nelle disfunzioni proprie degli ambiti "politici" nazionali e sovranazionali. Tra queste: fiacca coscienza democratica, debole spirito di responsabilità, rigidità istituzionali, carenza di strutture, e spazi ristretti per politiche di salute a sincera difesa dei deboli.

Questo contesto implica che soluzioni non discriminatorie per la salute globale dipendono unicamente dalla volontà politica di esercitare equità, coerenza, coordinamento, collaborazione, trasparenza e responsabilità a livello nazionale e internazionale.

Purtroppo, gli accordi commerciali e le direzioni governative nello scenario corrente, largamente da parte di Unione Europea e Stati Uniti d'America, marciano all'opposto convertendo la protezione della proprietà intellettuale in politiche sbilanciate a favore di interessi di monopolio. Il tutto a spese dell'accesso equo alle cure e all'assistenza delle popolazioni a risorse limitate.

E poiché gli incentivi del sistema brevettuale vigente si fondano sui profitti, intesi come ritorni celeri e cospicui nelle tasche degli azionisti, i Paesi a più basso reddito privi di lucrabili mercati farmaceutici risultano oltremodo discriminati.

Tutto questo altro non significa che il fallimento delle attuali politiche per la salute globale, come tristemente rappresentato, giusto ad esempio, dal mal gestito contenimento della recente epidemia di Ebola.

Nel frattempo, la Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile è stata adottata lo scorso

settembre dalle Nazioni Unite. Centrata su 17 Goals per lo Sviluppo Sostenibile (SDGs), con 169 obiettivi strutturali, l'Agenda vuol essere ... un documento programmatico per le popolazioni ed il pianeta nel ventunesimo secolo. Essa stimolerà all'azione nei prossimi 15 anni in settori critici per la costruzione di un mondo più equo e sostenibile per tutti...

Come evidenziato,nell'Agenda la salute occupa un posto di assoluto rilievo tra gli altri 16 SDGs e include nove obiettivi: tre correlati ai Millennium Development Goals (MDGs), tre a lesioni e patologie non trasmissibili, e tre trasversalmente mirati a copertura sanitaria universale (UHC), accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, riduzione dell'inquinamento ambientale delle acque, dell'aria e del suolo.

Il Goal salute si embrica con molti degli altri 16 SDGs. Ad esempio, la salute contribuisce (traendone reciproco vantaggio) alla riduzione della povertà, al sollievo dalla fame, al miglioramento della nutrizione, alla sicurezza urbana, all'abbattimento delle disuguaglianze, alla sostenibilità dei consumi, all'accesso ad energia pulita, acqua potabile e igiene pubblica, alla appropriata gestione delle sostanze tossiche, e agli sforzi per il controllo delle mutazioni climatiche e la salvaguardia degli ecosistemi aerei, acquatici e terrestri.

Cosa possiamo ragionevolmente aspettarci dall'Agenda a fronte degli scenari sopra accennati?

La speranza del facile conseguimento di goals per la salute onnicomprensivi e non discriminatori è difficilmente credibile con il carico di problematiche irrisolte ancora sul tavolo. Come asserito ... *Conseguire equità in salute non dipende solo da soluzioni tecniche e dal loro finanziamento. Dobbiamo considerare il panorama politico e correggere le disfunzioni della "governance" globale che minano la salute....*



Daniele Dionisio,
Membro dell'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/>



Ammettiamolo, i governi dei Paesi ricchi non sembrano oggi pronti ad impegnarsi per la correzione di queste disfunzioni quale occasione propizia per collocare stabilmente la salute pubblica al di sopra degli interessi politici e commerciali.

Conseguentemente, il completo successo dei nuovi SDGs può solo scaturire dalla pressione continua di coalizioni non governative su scala mondiale per indurre i governi a svolte radicali attraverso misure condivise. Tra l'altro e irrinunciabilmente, queste dovrebbero includere che le istituzioni e organizzazioni leader collabori-

no di più e meglio con i ministeri per la salute per rafforzare i sistemi nazionali, investire nelle infrastrutture, creare maggiore trasparenza e responsabilità, e dar vita a regole più attente ai bisogni di salute che alle logiche di mercato.

Questo implica che negoziati a porte chiuse devono essere banditi e che modelli partecipativi multi-settoriali devono essere adottati per decisioni gravanti su salute pubblica, crescita, impiego e bilanci nazionali.

TM

Info: d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE

UN SDGs Need U-Turn On Governance For Health

<http://www.ip-watch.org/2015/09/24/un-sdgs-need-u-turn-on-governance-for-health/>



Say goodbye to capitalism: welcome to the Republic of Wellbeing

<http://www.theguardian.com/sustainable-business/2015/sep/02/say-goodbye-to-capitalism-welcome-to-the-republic-of-wellbeing>

An Ambitious Development Agenda From the U.N.

http://www.nytimes.com/2015/09/28/opinion/an-ambitious-development-agenda-from-the-un.html?_r=0

Unsustainable Development Goals: Are 222 indicators too many?

<http://www.irinnews.org/report/102238/unsustainable-development-goals-are-222-indicators-too-many>

Ensuring That the Sustainable Development Goals Are Not a Missed Opportunity

http://www.huffingtonpost.com/douglas-beal/ensuring-that-the-sustain_b_8256394.html

5 tools to help businesses tackle the SDGs

<https://www.devex.com/news/5-tools-to-help-businesses-tackle-the-sdgs-87118>

UN Agency: Sustainable Development Requires Altering The World's Financial System

http://www.huffingtonpost.com/entry/financial-system-for-sustainable-development_5616c329e4b0082030a1a2b4

SDGs: A doorway to substantial change for people with disabilities?

<https://www.devex.com/news/sdgs-a-doorway-to-substantial-change-for-people-with-disabilities-86986>

The missing SDG indicators: Accelerating gender equality and empowerment

<https://www.devex.com/news/the-missing-sdg-indicators-accelerating-gender-equality-and-empowerment-869955>

Sustainable development goals promise little respite for indebted poor countries

<http://www.theguardian.com/global-development/2015/sep/23/sustainable-development-goals-debt-relief-poor-countries-ghana>

What the U.N.'s New Development Goals Mean for Africa

<http://time.com/4052700/un-sustainable-development-goals-africa/>

The UN's development goals require another step first: universal healthcare

<http://www.theguardian.com/commentisfree/2015/sep/29/universal-health-care-coverage-fundamental-development-united-nations>

What, Really, Does 'Sustainable' Mean?

<http://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2015/09/23/442580821/what-really-does-sustainable-mean>

BERNARDO PAVOLINI

Chi paga i danni morali dei medici?

Scrivo queste note iniziando con un ringraziamento al Dr. Panti, sempre a me vicino nel corso di questa lunga vicenda, giunta all'assoluzione con formula piena, perché il fatto non sussiste, del processo che mi ha visto coinvolto riguardo agli *specialist* in sala operatoria ero stato accusato, insieme con alcuni dei miei aiuti, di averli utilizzati come infermieri o medici senza annotarli nel registro operatorio e quindi anche di falso in atto pubblico.

A fine Settembre è passato in giudicato, cioè non vi è stato ricorso da parte dei PM e quindi siamo stati definitivamente assolti. La vicenda ha inizio nell'Ottobre del 2007 quando una decina di militari una mattina bloccarono le sale operatorie di Massa, sequestrando registri, interrogando separatamente tutti i medici e gli infermieri, per allontanarsi solo nel pomeriggio lasciandosi dietro sgomento e timore.

Solo molto dopo, nel Luglio del 2009, i NAS mi comunicarono ufficialmente che si trattava di un'indagine della Procura nei miei confronti, per un non meglio precisato "Esercizio abusivo della professione" "*in conseguenza di un esposto..del dicembre del 2008..*", come recita testualmente l'ordinanza, che mi accusava di utilizzare gli *specialist* come infermieri.

Però dalle testimonianze dei medici e degli infermieri, veniva rilevato che gli *specialist* in sala collaboravano a che il chirurgo applicasse nel modo più corretto la protesi, ma questo spinse la magistratura a proseguire le indagini, sequestrando nuovamente i registri degli interventi eseguiti e richiamando i pazienti operati. Peraltro, come risulta dagli atti, le diverse centinaia di protesi controllate sono risultate tutte avere un ottimo risultato a distanza, cosa che avrebbe dovuto meritarcì un encomio! Venimmo invece rinviati a giudizio per aver favorito l'esercizio abusivo di professione medica, nonché per falso in atto pubblico, perché i nomi degli *specialist* non figuravano nei registri operatori, programmati in modo da non consentirli di aggiungerli.

I giornali a livello nazionale iniziarono a rimbalzare la notizia, insieme alle televisioni RAI, private ed alle radio. Nei giorni succes-

sivi divenne difficile recarsi in Ospedale, sentendosi come dei veri malfattori ed ancor più come primario dover dirigere le varie attività del reparto, dato che ci additavano come delinquenti, processati e a breve condannati. In particolare se l'accusa di falso in atto pubblico fosse stata confermata dalla sentenza, saremmo stati licenziati.

Anche difficile a casa, in famiglia, dover spiegare ai figli che il babbo, da sempre concentrato su una carriera ai loro occhi seria, aveva commesso reati tali da venir processato, con le locandine ed i giornali che lo citavano con nome, cognome, data di nascita e fotografie, tanto da dover loro vergognarsi a scuola davanti a insegnanti e compagni.

Difficile davanti a se stessi, la notte, comprendere come comportandosi nel modo più corretto e avendo ottenuto negli anni il rispetto di colleghi e dei pazienti, comunque rischiavo una condanna tale da venir rimossi dal lavoro al quale fin dall'università, avevo dedicato tutto il mio tempo e l'impegno, a scapito di divertimenti e di svaghi.

Dopo qualche mese dalla ASL, nella quale erano nel frattempo cambiati i vertici che all'inizio dei fatti avevano sempre garantito un fattivo appoggio, giunse anche una formale contestazione di addebito con una serie di rilievi da impallidire. Dovetti presentarmi per giustificarmi, con un avvocato come consigliato nella convocazione, davanti alla Direzione della Asl, giustificarmi per aver tenuto vari comportamenti negligenti ed irregolari.

Il processo, sempre seguito dai giornali, si svolse con tutta una serie di testimonianze degli infermieri, dei medici del reparto, dei tecnici informatici, del presidente della SIOT e di alcuni importanti colleghi, nonché la mia lunga testimonianza a cercare di riportare le accuse nella realtà dei fatti. Al termine come premesso il giudice ha assolto tutti dalle due accuse.

Riporto solo due passi relativi all'accusa di falso in atto pubblico: "Preliminarmente il tribunale ritiene di evidenziare che tale pretesa illecita falsificazione è risultata già dalle prime battute dell'istruttoria dibattimentale, del tut-

Direttore UOC Ortopedia
e Traumatologia Ospedale
Nuovo Apuane, Massa
Carrara

to destituita di fondamento" e che "l'accusa si sia basata su un teorema completamente astratto" e riguardo all'aver favorito l'esercizio abusivo di professione medica; va detto che in giudizio è emerso con certezza che non risultano commessi atti che possano essere ricondotti all'attività squisitamente medica o comunque rientrante tra i compiti del medico.

Al di là degli aspetti tecnici, restano e resteranno sempre i danni indelebili, psicologici e materiali, che su di noi e sui nostri figli questi lunghi sette anni di accuse hanno lasciato.

Giusto per fare un esempio, chiunque ancora digiti su internet il mio nome, trova da anni come primo titolo non tanto notizie sulla mia vita o carriera professionale, ma la nota del mio rinvio a giudizio per "falsi infermieri in sala operatoria"...

Nonostante la conclusione assolutamente a noi favorevole, a oggi rimane l'amarezza di aver dovuto passare per una penosa trafila perché quello che appariva ovvio fin dall'inizio, cioè la nostra assoluta correttezza, venisse riconosciuta come tale.

TM

EGISTO BROCCINI

«Il fatto non sussiste».

Con questa frase si è concluso il 23 marzo scorso, dopo anni, il processo a cinque medici ortopedici dell'ospedale di Massa e a cinque *specialist* (esperti di protesi ortopediche). La Procura apuana aveva rinviato a giudizio gli *specialist* per esercizio abusivo della professione infermieristica e i medici per aver consentito agli esperti di esercitare abusivamente la professione di infermiere presso il reparto di ortopedia-traumatologia dell'ospedale di Massa in più occasioni e di entrare in sala operatoria e partecipare a condotte tipiche dell'infermiere (manovre di riduzione dell'arto, divaricazione, tamponamento ed aspirazione delle ferite del paziente, nonché emostasi con elettrobisturi).

I medici ortopedici erano inoltre accusati di falso per non aver indicato nel registro operatorio degli interventi la presenza dei tecnici in sala operatoria. Le indagini erano partite a seguito di denunce sulla presenza degli *specialist* in sala operatoria. La magistratura volle fare chiarezza.

Gli uomini del Nas si presentarono in ospedale sequestrando quanto loro potesse servire per le indagini, svoltesi dal 2007 al 2009. Dopo la lettura del registro operatorio, prelevando una serie di interventi a campione, ed in base a dichiarazioni apprese durante gli interrogatori misero in moto la macchina dell'accusa che fra l'altro prese in considerazione le etichette di tracciabilità incollate dal chirurgo sul registro operatorio al termine di un certo numero di interventi di protesi di anca e ginocchio (nessuno degli oltre 100 interventi preso a campione aveva avuto problematiche negative di qualsiasi natura).

Dal referto di sala operatoria risalirono a tutti i componenti della *équipe* medica ed

infermieristica. Dall'etichetta di tracciabilità fu desunto il tipo, la marca della protesi ed altro.

Gli inquirenti ritennero che lo *specialist* in sala operatoria invece che rappresentare e svolgere le sue precipue funzioni partecipasse in maniera illegale all'attività operatoria del chirurgo. Si concluse che il chirurgo aveva agito illegalmente per aver omesso di scrivere nel registro di sala il nome dello *specialist* ed avergli consentito di effettuare attività chirurgica in maniera attiva.

Non emerse, come invece è accaduto nel corso del processo, che fosse prassi mondiale che le ditte fornitrici di protesi inviassero un esperto conoscitore dei materiali da impiantare nonché dello strumentario ad esse dedicato. E la sua presenza in sala operatoria per una effettiva collaborazione finalizzata alla migliore resa possibile di un intervento di protesi, prassi normale, era apparsa come una situazione di illegalità.

Durante il dibattimento processuale è stato evidenziato con chiarezza che non esisteva dolo e che si sarebbe potuto riscontrare che lo *specialist* non poteva essere inserito nel registro operatorio, in quanto non previsto dal *software* del computer, rivolgendosi agli informatici del sistema, peraltro utilizzato in gran parte della Toscana. Assolti quindi con formula piena anche i cinque *specialist*.

Senza togliere nulla al lavoro della magistratura, alla luce della sentenza si può ritenere che si sarebbe potuto evitare il processo e la notizia sui mass media su un gruppo di chirurghi ortopedici rinviato a giudizio per aver fatto quello

che ha sempre fatto e che fanno in tutte le unità di chirurgia, anche non ortopediche, in sala operatoria. Cinque professionisti hanno passato mattinate di interrogatori in una sede di tribu-

nale, anziché essere a svolgere il proprio operato in sala operatoria, e sostenuto costi perché costretti a difendersi da accuse infamanti.

TM

Queste due lettere sono riferite allo stesso episodio che ha avuto grande risalto nei mass media, l'una narra più precisamente i fatti, l'altra, ugualmente puntuale, assai bene esprime la sofferenza dei colleghi ingiustamente accusati. Sul problema della presenza dello specialist in sala operatoria si era espresso il CSR col parere n. 37 del 2012, quindi durante il processo, fornendo indicazioni basate sulla regolamentazione internazionale esistente. Questo fatto è rivelatore di due problemi rilevanti che turbano i rapporti tra medicina e magistratura. Il primo riguarda come si usano i soldi dei contribuenti. Il magistrato ha ricevuto un esposto che denuncia un supposto favoreggiamento all'esercizio abusivo della professione. Un reato plausibile in caso di odontotecnico ma assai meno quando riguardi un chirurgo che avrebbe consentito ad un meccanico di intervenire sul paziente; ma allora perché non chiedere lumi sullo specialist al Ministero o al Consiglio Superiore di Sanità.

Perché non sentire prima il CSR toscano? Ma sia il PM che il Magistrato non si sono preoccupati dei costi ingenti di un'indagine così stravagante. Vi è completa dissociazione (sfiducia? ignoranza?) tra scienza e diritto. Mancanza di umiltà? Ma vi è un altro aspetto ancor più inquietante. Tempo fa abbiamo letto che l'errore di un medico che aveva sospettato un tumore, rivelatosi poi inesistente, era meritevole di risarcimento al paziente e ai suoi parenti a causa del danno esistenziale per lo stato di apprensione che ne era derivato.

Ma chi ripagherà i colleghi delle angosce, del danno morale, delle spese sostenute per un'accusa così estemporanea? Questo è un punto importante da rimettere alla Corte Costituzionale; non vi è parità di diritti se il medico ingiustamente accusato per evidente mancanza di buon senso non merita un ristoro. Ma la magistratura pratica gli audit? Come esiste il rischio clinico ancor più evidente è l'alea della lotteria giudiziaria.

Antonio Panti

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

protocollo@omceofi.it - presidenza@ordine-medici-firenze.it - toscamedica@ordine-medici-firenze.it

Pec:

presidenza.fi@pec.omceo.it - segreteria.fi@pec.omceo.it

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

UFFICI: in orario di apertura al pubblico - INTERNET: sul sito dell'Ordine - TELEFONO: 055 496 522 int. 1

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza: protocollo@omceofi.it; tel. 055 496 522 int. 9

Commissione Odontoiatri:

riceve il lunedì dalle ore 17,45 alle ore 18,45 su prenotazione telefonica: tel. 055 496 522 int. 4

Consulenze e informazioni:

ECM: tel. 055 496 522 int. 3, ENPAM: tel. 055 496 522 int. 1

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

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

Newsletter:

inviare per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine: www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti

~ ~ ~

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045
Sito Internet: www.ordine-medici-firenze.it



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".

GAVINO MACIOCCO

Cattive notizie per la salute degli italiani

Da anni l'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - OECD, *Organisation for Economic Co-operation and Development*) pubblica annualmente le più aggiornate e complete statistiche sanitarie, riguardo ai paesi che aderiscono all'organizzazione. Ciò avviene con due modalità: a) a metà dell'anno, generalmente a luglio, viene pubblicata una serie "classica" di indicatori, di cui esistono prolungate serie storiche di dati; a fine anno viene pubblicato un volume "**Health at a Glance**" che analizza la situazione dell'ultimo anno disponibile, introduce altri indicatori più legati all'attualità ed include nell'analisi anche paesi non appartenenti all'organizzazione.

Il volume di quest'anno, **Health at a Glance 2015¹** include nell'analisi paesi come Brasile, Cina, Colombia, Costa Rica, India, Indonesia, Lettonia, Lituania, Russia and Sudafrica e introduce per la prima volta una sorta di classifica dei paesi in relazione a una serie di indicatori, riassunti in cinque dimensioni: a) stato di salute; b) fattori di rischio; c) accesso alle cure; d) qualità delle cure, e) risorse dell'assistenza sanitaria. Afferma il Rapporto che non si tratta di stabilire quali siano i migliori sistemi sanitari al mondo (operazione fallita dall'OMS con la "famosa" classifica pubblicata nel 2000, e mai più ripetuta), ma di segnalare per ogni paese quali sono le aree di forza e quelle di debolezza, e quindi di individuare le priorità per l'azione.

Punti di forza dell'Italia

La longevità, è risaputo, è uno dei punti di forza dell'Italia, sia nella speranza di vita alla nascita che in quella a 65 anni. L'Italia si segnala anche per il basso consumo di alcol e una bassa percentuale di obesi tra la popolazione adulta. **Buona la qualità delle cure**, vedi la bassa mortalità a seguito di un infarto miocardico acuto e a seguito di un ictus e l'alta sopravvivenza a seguito del cancro della cervice uterina. L'Italia è nelle prime posizioni nel numero di apparecchiature TAC e Risonanze magnetiche per abitanti (ma OCSE avverte che questo non è di per sé un indicatore di buona performance, in-

fatti che accanto a ciò - nel capitolo delle risorse sanitarie - si registra un dato che pone l'Italia in fondo alle classifiche: il basso numero di infermieri per abitanti).

Le cattive notizie per l'Italia sono in buona parte speculari a quelle buone

Gli italiani sono longevi, ma i loro anni in buona salute si sono drammaticamente ridotti negli ultimi anni. I 65enni italiani hanno una speranza di vita di 21 anni (al quinto posto, dopo Giappone, Francia, Spagna e Svizzera), ma sono agli ultimi posti nella classifica per speranza di vita in buona salute: 8 per gli uomini e 7 per le donne. Tale dato è confermato dai dati Eurostat² che evidenziano come nel periodo 2005-2013 la speranza di vita in buona salute della popolazione italiana si sia fortemente contratta: in questo periodo **la longevità è aumentata di due anni (da 80,8 a 82,8 anni), ma la speranza di vita in buona salute si è ridotta di circa 6 anni (da 67,2 a 61,4 anni)**, (Grafico 1).

Se l'obesità tra gli adulti italiani si mantiene a livelli contenuti e in Europa solo i norvegesi sono più virtuosi di noi in questa classifica, **la situazione si ribalta quando si tratta di bambini e ragazzi.** Qui l'Italia si trova al quinto posto nella classifica, con circa il **35% dei soggetti in condizioni di sovrappeso-obesità**: peggio di noi Grecia, Inghilterra, USA e Nuova Zelanda.

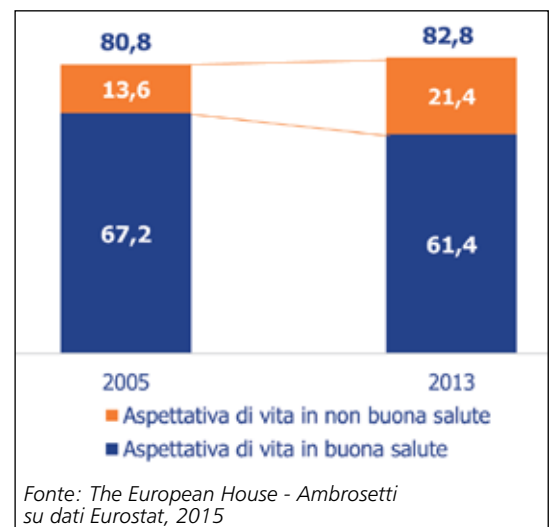


Grafico 1 - Aspettativa di vita alla nascita in Italia (anni), 2005 e 2013

¹ http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en,

² <http://ec.europa.eu/eurostat>

Tra gli ultimi nell'accesso alle cure

Il Rapporto OCSE individua tre indicatori di accessibilità al sistema sanitario: la quota di spesa out-of-pocket (ovvero la spesa privata pagata di tasca propria dai pazienti), il soddisfacimento dei bisogni di assistenza sanitaria e odontoiatrica: **per tutti e tre gli indicatori l'Italia si trova in fondo alla classifica (bottom third performers)**. I bisogni assistenziali non soddisfatti sono misurati anche in relazione al livello di reddito dei pazienti: in questo caso – come mostra il Grafico 2 – la situazione italiana è sovrapponibile a quella greca: **il 15% della popolazione con basso reddito non riesce ad accedere ai servizi sanitari perché troppo costosi, o a causa delle liste di attesa o perché troppo distanti**. Dati peraltro coerenti con recenti rilevazioni sull'accessibilità effettuate dall'Istat³ e dal Censis⁴.

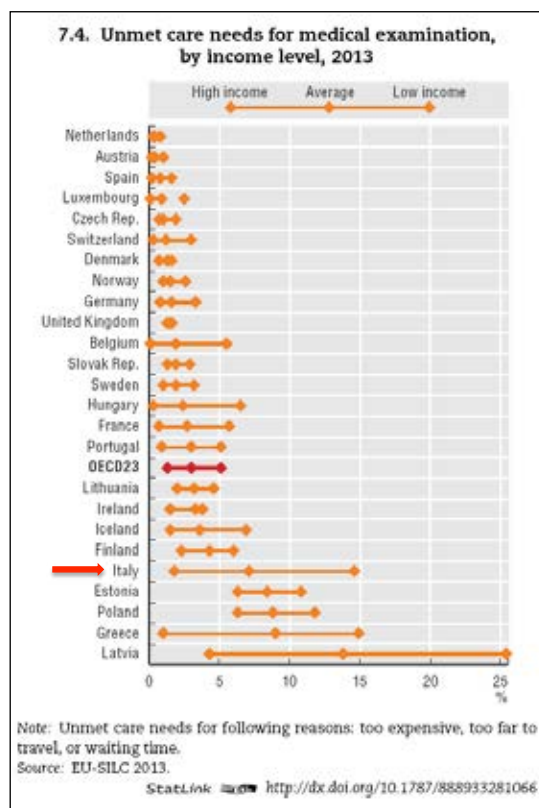


Grafico 2 - Bisogni sanitari non soddisfatti, per livello di reddito, 2013

La tempesta perfetta nella sanità italiana

Negli ultimi anni la salute degli italiani è peggiorata (meno sei anni di speranza di vita in buona salute e crescita dell'obesità infantile) per effetto della prolungata crisi economica con tutte le ben note conseguenze: aumento della disoccupazione e della precarietà lavorativa, aumento della po-

vertà e del disagio sociale, dilatazione delle disuguaglianze socio-economiche e allentamento della coesione sociale. **In una situazione del genere per tutelare la salute della popolazione si sarebbero dovute rafforzare le reti di protezione sociale**, come avvenne negli USA dopo la crisi del 1929 e come raccomandava The Lancet in un paper del 2013⁵, invece le politiche di austerità imposte da UE, BCE e FMI hanno preso di mira proprio i servizi sanitari e sociali.

Ciò è avvenuto in tutta Europa, ma alcuni paesi hanno sofferto più degli altri, tra questi l'Italia. **Così mentre i bisogni sanitari aumentavano si chiudevano i varchi per accedere ai servizi, a causa delle liste di attesa sempre più lunghe e dei ticket sempre più alti**.

Per ottenere l'effetto della *tempesta perfetta* l'Italia ci ha messo del suo: infatti mentre la maggioranza dei paesi europei, dopo lo shock iniziale, ha ripreso a investire in sanità, il governo italiano ha continuato a sotto-finanziare il servizio sanitario nazionale. In conseguenza di ciò, – come ha scritto N. Dirindin – *“da qualche anno la malattia è tornata ad essere una preoccupazione per gli italiani*.

*La crisi economica e le restrizioni imposte alla spesa pubblica stanno mettendo in dubbio una certezza che credevamo ormai acquisita: quella di poter contare, in caso di malattia, in un sistema in grado di garantire i trattamenti necessari senza oneri a carico del beneficiario (salvo eventualmente il ticket)*⁶.

Poiché le cattive notizie non arrivano mai da sole, ai dati dell'OCSE si aggiungono quelli dell'Agenzia Europea dell'Ambiente (Aea), secondo cui tra i 28 Paesi dell'Unione europea l'Italia è quello con il più alto numero di **morti premature** a causa dell'**inquinamento dell'aria**. Secondo l'Aea l'Italia nel 2012 ha registrato 84.400 decessi di questo tipo, su un totale di 491mila a livello Ue. Tre gli agenti killer responsabili del record negativo: **le micro polveri sottili (Pm2.5)**, il **biossido di azoto** e l'**ozono**.

³ http://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2015/05/gavino_figura2.jpg

⁴ http://www.repubblica.it/salute/2015/10/20/news/sanita_censis_il_41_2_delle_famiglie_rinuncia_alle_cure_-125502711/

⁵ Karanikolos M et al, Financial crisis, austerity, and health in Europe, Lancet 2013, 381:1323–1331.

⁶ <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/in-parlamento/2015-11-03/perche-ci-preoccupano-manovra-2016-184459.php?uuid=ACOVThSB>.

Toscana Medica diventa digitale!

Toscana Medica diventa digitale! Sul sito internet dell'Ordine di Firenze, nella pagina dedicata a Toscana Medica, sono presenti i numeri del 2015 sia in formato PDF (già disponibili da anni), sia soprattutto nel nuovo formato sfogliabile, facilmente consultabile sia da computer che da tablet. Nei prossimi mesi Toscana Medica digitale sarà disponibile anche in

versione App per smartphone in modo da consentire la massima fruibilità sui vari supporti informatici. Per rimanere aggiornati sull'uscita dei nuovi numeri digitali e ricevere ulteriori news, segnalare fin da ora la e-mail sul sito dell'Ordine di Firenze:
www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti

I medici iscritti a Firenze, che desiderano continuare a ricevere la rivista in forma cartacea, possono inviare una richiesta all'indirizzo: toscanamedica@ordine-medici-firenze.it



Buona lettura!

NOTIZIARIO - a cura di Bruno Rimoldi

I falsi miti sui vaccini (a cura della Società Italiana di Pediatria)

1. I vaccini contengono ingredienti e additivi pericolosi.
2. I profitti dei vaccini sono abnormi, ecco perché si vuole vaccinare a ogni costo.
3. I vaccini non sono efficaci, non proteggono il 100% dei vaccinati.
4. Le malattie infettive stavano già scomparendo prima dell'introduzione dei vaccini.
5. I vaccini causano l'autismo.
6. Tutte le persone vaccinate contro l'influenza la prendono lo stesso.
7. I vaccini sono inutili, le malattie infettive sono state debellate dai miglioramenti della qualità della vita.
8. I vaccini hanno effetti collaterali gravi, anche a distanza di anni: molti sono ancora sconosciuti e i nostri figli si ammaleranno tra decine di anni.
9. La maggior parte delle malattie prevenibili con le vaccinazioni sono scomparse o quasi: perché dovrei vaccinare mio figlio inutilmente?
10. Tanti vaccini somministrati in un'unica puntura sono dannosi.
11. Troppi vaccini possono sopraffare e indebolire il sistema immunitario, soprattutto nei bambini più piccoli.
12. L'infezione naturale è meglio della vaccinazione. Prima del vaccino tutti facevano il morbillo, la rosolia e nessuno è mai morto per questo.

Tecniche di immaginazione guidata per i bambini

C'è chi la chiama immaginazione guidata e chi approccio ipnotico. Il risultato è uno solo: predisporre il personale sanitario con un atteggiamento così positivo da consentire ai bambini di sottoporsi a manovre dolorose o a esami fastidiosi quali sono appunto quelli di risonanza magnetica, che richiedono di rimanere fermi per lungo tempo dentro lo scanner (il tubo). All'ospedale pediatrico Meyer di Firenze, come spiega Andrea Messeri, responsabile della Terapia del Dolore e Cure Palliative, "si tratta di pratiche che utilizzate

da oltre 10 anni e che molti operatori sanno utilizzare in relazione con i bambini. Le tecniche adottate non farmacologiche di terapia del dolore, vanno dall'approccio puramente ipnotico fino alla semplice distrazione per ridurre trauma e dolore in procedimenti come la puntura lombare, il prelievo di sangue, manovre dolorose in tutte le specialità dell'ospedale". Al Meyer questo approccio si è via via esteso, certo, queste pratiche non riescono sempre e comunque e in tutti i bambini, ma consentono comunque di instaurare

un clima positivo e sereno e esami che possono essere fastidiosi perché costringono il piccolo a restare fermo per lungo tempo come ad esempio la risonanza magnetica. Obiettivo del team fiorentino è di ridurre le sedazioni nei bambini che devono ripetere anche frequentemente questi esami, come i piccoli dell'oncologia, costruendo piccoli ecosistemi positivi, dove il piccolo paziente si senta "bene". La tecnica vuole raggiungere una qualità nella relazione con il bambino alta e importante.

Pensioni INPS-EX INPDAP: ipotesi di ricorso

Com'è noto, la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 70/2015, ha dichiarato incostituzionale la legge che bloccava gli aumenti alle pensioni per gli anni 2012/2013. Questo blocco ha

riguardato le pensioni INPS-EX INPDAP e non le pensioni ENPAM, che viceversa non hanno mai subito alcun blocco. Per ottemperare alla pronuncia della Corte Costituzionale, il Governo, con il

Decreto Legge n. 65/2015, convertito in Legge dal Parlamento, ha parzialmente reintegrato le pensioni INPS-EX INPDAP di importo fino a 3.000 euro, senza tuttavia prevedere nessun ade-

guamento per i trattamenti di importo superiore. Ciò appare discriminante e pertanto la FEDERSPEV – Federazione Sanitari Pensionati e Vedove – insieme


alla CONFEDIR – Confederazione autonoma Dirigenti Pubblica Amministrazione – stanno avviando dei ricorsi alla Corte dei Conti per richiedere il recu-

pero della perequazione delle pensioni INPS-EX INPDAP di importo superiore a tre volte il minimo.

Premio Guidoniani 2016

L'Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale anche quest'anno bandisce il premio scientifico intitolato a "I Guidoniani", giunto alla VI edizione. In palio 2.000 euro destinati al miglior lavoro originale nel campo della medicina, della psicologia e dell'ingegneria in forma di articolo scientifico che abbia come oggetto

l'uomo ed il volo atmosferico o spaziale. Possono partecipare al concorso i laureati in medicina, biologia, psicologia, ingegneria, fisica, chimica, che non abbiano superato il 35° anno di età. Le domande degli interessati, debitamente compilate e firmate, devono essere inviate on-line all'indirizzo e mail segreteria@aimas.it, oppure

via fax allo 06.99331577. Le note per gli autori sono scaricabili all'indirizzo: http://www.aimas.it/rivista_note_autori.asp. La scadenza per la presentazione delle domande è fissata per il 30 aprile 2016. Il bando completo può essere scaricato dal sito dell'AIMAS all'indirizzo: http://www.aimas.it/docs/premio_guidoniani_2016.pdf. 

Carta d'identità e dichiarazione di volontà per la donazione degli organi

È stata diramata una circolare interministeriale contenente le indicazioni per attivare il servizio di registrazione della dichiarazione di volontà in materia di donazione di organi e tessuti al momento del rilascio o rinnovo della carta d'identità. Il testo della Circolare fornisce ai Comuni italiani le modalità organizzative, tecniche e informatiche per rendere operativo il servizio di manifestazione della volontà sulla donazione di organi e tessuti presso gli Uffici Anagrafe. La Circolare costituisce l'ultimo atto del recente

percorso normativo che ha individuato gli Uffici Anagrafe quali punti di raccolta e registrazione della dichiarazione di volontà sulla donazione di organi e tessuti. Con la diffusione di questo atto si intende uniformare su tutto il territorio nazionale le procedure operative necessarie all'avvio del servizio, comprese le fasi di interconnessione tra il sistema informatico dell'Anagrafe e il Sistema Informativo Trapianti (SIT), il database del Centro Nazionale Trapianti che raccoglie tutte le espressioni di volontà rese dai cit-

tadini maggiorenni. Nel nostro Paese, esprimersi sulla donazione di organi e tessuti costituisce un'opportunità e non un obbligo; la dichiarazione resa attraverso tutte le modalità previste dalla legge (registrazione presso la propria ASL o Comune; compilazione del Tesserino blu del Ministero della Salute; donocard: atto olografo; iscrizione all'A.I.D.O.) può essere modificata in qualsiasi momento perché fa fede l'ultima manifestazione riportata in ordine temporale.

RICORDO

Cosmo Morabito, un vero Amico



Anche Cosmo ci ha lasciati. Dopo una lunga e penosissima malattia sopportata con grande fermezza d'animo, con coraggio spesso venato da un'intelligente ironia, è scomparso con discrezione come ha sempre vissuto. Un uomo fermo nelle sue convinzioni, tenace nel lavoro, di onestà intellettuale assoluta, tanto serio quanto competente. Un dirigente di vecchio stampo, di quelli in cui dirittura morale e senso delle istituzioni prevalevano su ogni altra considerazione. Lo conobbi funzionario dell'ENPAM, nel mio ruolo di sindacalista; qualche anno dopo, per tramite di Mario Barresi, altro grande amico recentemente scomparso, lo chiamammo alla direzione dell'Ordine allora in fase di riorganizzazione. Posso affermare che senza l'apporto di Cosmo l'Ordine nostro non sarebbe quello che è, una macchina efficiente e funzionale. Con il suo aiuto i nostri procedimenti disciplinari sono sempre stati confermati fino alla Cassazione. Cosmo infatti era un fine e profondo conoscitore del diritto in particolare di quello riferito alle professioni. Ormai da anni in pensione tuttavia la nostra amicizia non si era allentata e, confesso, talora mi rivolgevo a lui per consiglio. Si era ritirato

in un meritato riposo dopo una vita di lavoro, segnata purtroppo da tristi vicende familiari. Poi un'inaspettata, terribile malattia lo ha vinto ancora nel pieno delle sue facoltà intellettuali. Lascia a tutti noi un ricordo insieme affettuoso e rispettoso, un ricordo che ci lega alla moglie e alla famiglia.

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



Ranexa[®]
ranolazina
C01EB18



Manfredo Fanfani

COSMA E DAMIANO



Due medici santi nella storia della medicina
e della città di Firenze,
la luminosa immagine immortalata dal Beato Angelico

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

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

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