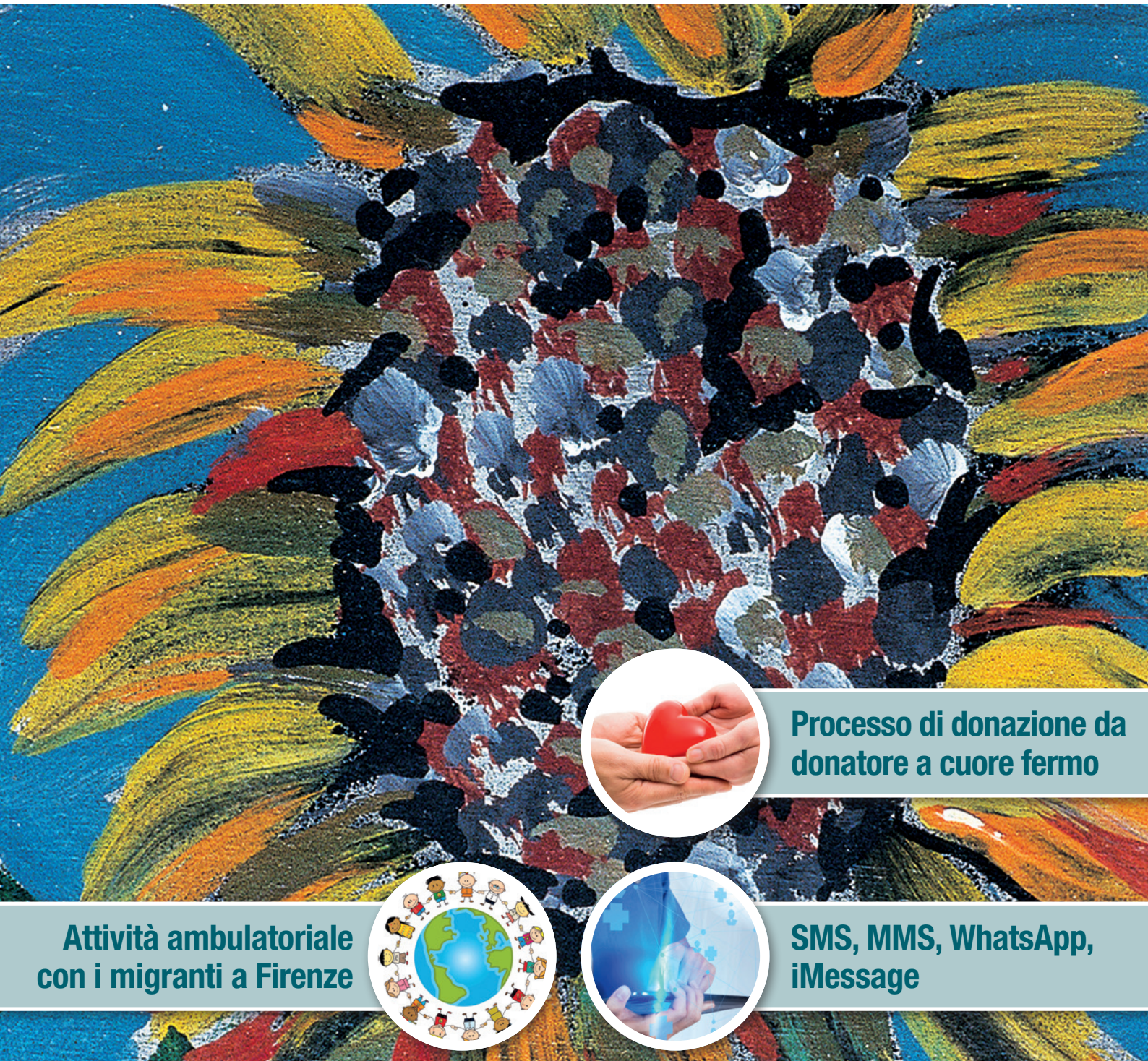


TOSCANA MEDICA

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXVI n. 1 gennaio 2018 - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale -
Stampe Periodiche in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

GENNAIO 2018 **1**



Processo di donazione da donatore a cuore fermo



Attività ambulatoriale con i migranti a Firenze



SMS, MMS, WhatsApp, iMessage



La fragilità ossea

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE**







Anno XXXVI - n. 1 gennaio 2018

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 05750625
telefax 055 481045
a.barresi@omceofi.it
www.ordine-medici-fiorenze.it

Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Firenze

Editore

Pacini Editore Srl
via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.pacineditoremedicina.it

Advertising and New Media Manager: Manuela Mori
Tel. 050 3130217 • mmori@pacineditore.it

Ufficio Editoriale: Lucia Castelli
Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacineditore.it

Grafica e Impaginazione: Massimo Arcidiacono
Tel. 050 3130231 • marcidiacono@pacineditore.it

Stampa

Industrie Grafiche Pacini
via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.grafichepacini.com

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha 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:

a.barresi@omceofi.it

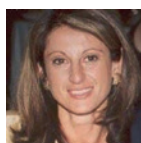
Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Luigi Guerricchio
Girasole
olio su tavola
cm 10x15
Firenze,
collezione privata

In 2ª di copertina
Ottone Rosai
Al bar
matita nera
su carta
cm 15x10
Firenze,
collezione privata



Teresita Mazzei



Antonella Barresi

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Firenze, il fiore nell'arte e nella storia
C. Acidini

EDITORIALE

- 5 I buoni propositi e le azioni future
T. Mazzei

OPINIONI A CONFRONTO

- 6 La fragilità ossea: i mille problemi della cronicità

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 12 Attività ambulatoriale con i migranti a Firenze
A. Allamani, I. Severi, C. Silvestri
- 16 Implementazione del *Padua Score* e dello *Score Improve*
A. Bellizzi, G. Palombi, M. Boddi, D. Prisco
- 18 Linee Guida: la difficile applicazione della legge Gelli/Bianco
F. Praticchizzo
- 19 SMS, MMS, WhatsApp, iMessage...
E. Eisenberg, G. Manfreda, V. Albertini

RICERCA E CLINICA

- 21 Processo di donazione da donatore a cuore fermo (DCD)
A. Paris
- 23 Ossigeno-Terapia Iperbarica e autismo:
risultati su 229 pazienti trattati
R. Vecchione, N. Picariello, M. Da Campo, M. Bigazzi
- 25 Roncopatia: nuovo trattamento laser ambulatoriale
non invasivo
I. Fini Storchi, S. Benedicenti

CLIMA E SALUTE

- 28 Le previsioni meteorologiche: capirle per meglio utilizzarle
S. Orlandini

30 - VITA DELL'ORDINE E NOTIZIARIO

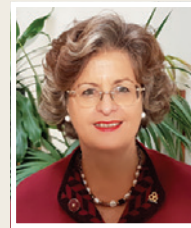
15 - CORSI E CONVEGNI

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: a.barresi@omceofi.it, con un abstract di 400 battute spazi inclusi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 7.000 battute spazi inclusi (2-3 cartelle), più iconografia, max 3-4 immagini
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico
- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- Primo Autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute spazi inclusi da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale se non iscritto all'Ordine di Firenze
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza

Firenze, il fiore nell'arte e nella storia

di Cristina Acidini



CRISTINA ACIDINI
Presidente dell'Accademia
delle Arti del Disegno, Firenze

A Firenze, indagare la storia per immagini dei fiori significa risalire all'indietro nel tempo scoprendo una radice, che affonda in tre direzioni, tutte e tre di capitale importanza nella vita della città antica; nella simbologia civile, nell'economia, nella religione cristiana. Perché Firenze che – fondata dai veterani di Augusto nel I secolo d.C. – ebbe nome Florentia e poi Fiorenza, aveva e ha per simbolo un giglio, che è un iris, o giaggiolo stilizzato. La sua moneta col giglio impresso, il fiorino, dominò i mercati d'Europa al tempo della massima ascesa della città, fra il XIII e il XIV secolo. E la maestosa cattedrale, costruita a partire dal 1296, ha nel nome un elemento floreale: Santa Maria del Fiore, dove il Fiore è Gesù, germoglio del biblico albero di Jesse.

Onnipresenti in arte, per secoli i fiori compaiono nei soggetti sacri e profani. Fiori turgidi e freschi, sono l'offerta di due angeli alla Madonna nella Maestà di Giotto del 1310 circa, dalla chiesa di Ognissanti, negli Uffizi: le corolle bianche e rosse, che come le figure di Giotto occupano la terza dimensione con la loro fisicità, portano nella solenne immagine una ventata di profumo. Siamo all'inizio della pittura occidentale e il grande pittore contempla con pari attenzione la divinità discesa nella carne e i segni della natura.

Nella soave pittura del Beato Angelico i fiori in festoni e vasi sono il diffuso omaggio alla Madonna, al piccolo

Gesù, ai Santi. Un angelo suonatore, nella stupenda sequenza che circonda il Tabernacolo dei Linaioli (1432-33, Museo di San Marco), indossa addirittura una sciarpa di garofani infilati in alternanza, bianchi rossi e rosa, in un modo che si ritrova in odierne usanze cerimoniali nel Medio Oriente. Nell'Angelico, devotissimo domenicano, i tre colori dei fiori possono alludere all'umanità di Cristo col bianco del latte che lo nutrì, il rosso del suo sangue, il rosa della sua carne di Figlio dell'Uomo.

Di mano di Leonardo da Vinci è uno stupendo giglio studiato in un disegno, equivalente in pittura al fiore in mano all'arcangelo Gabriele nella sua Annunciazione del 1472 circa, agli Uffizi.

Un trionfo floreale squisitamente



profano rende memorabile la Primavera di Sandro Botticelli (1480-85?, Uffizi), dove nove figure mitologiche danzano e volano in un prato trapunto di corolle e di rose recise, mentre nel boschetto di agrumi si schiudono le bianche zagare. La nascita dei fiori dalla bocca della ninfa Clori, che si muta in Flora dopo l'abbraccio violento di Zefiro, celebra la città dei fiori – Fiorenza, Firenze – che ritrova la gioia amorosa nella pace, uscendo dalla guerra seguita alla congiura dei Pazzi nel 1478.

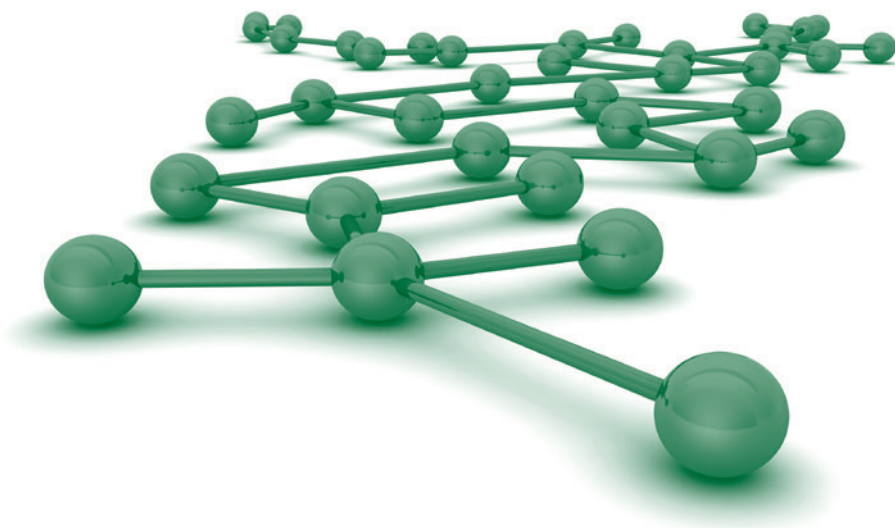
Col Cinquecento crebbe nella Toscana dei Medici la passione per la botanica, che portò duraturi effetti positivi nell'istituzione, da parte del duca Cosimo, degli Orti di Pisa e di Firenze. Accanto ai gigli dell'orgoglio civico e alle rose dedicate alla Madonna, si affermarono i bulbi e specialmente i tulipani, variopinti, screziati e frastagliati. E se gli avveduti Fiorentini mai si abbandonarono agli eccessi degli Olandesi, che quotarono in borsa i bulbi portando alla rovinosa speculazione detta Tulipomania, certo il granduca Francesco e i gentiluomini di corte si procuravano tulipani e gigli esotici, che vediamo ritratti in tavole di miniaturistica finezza da Jacopo Ligozzi, pittore veronese al servizio della corte, negli anni '70-'80 del XVI secolo.

E gli esempi potrebbero moltiplicarsi. Tra arte e scienza, la presenza dei fiori accompagna la storia fiorentina fino ai nostri giorni ed è tuttora parte vitale della sua bellezza.

Questo numero di Toscana Medica per motivi organizzativi è arrivato in ritardo rispetto ai tempi consueti. Ce ne scusiamo con i Lettori e i Colleghi.

I buoni propositi e le azioni future

di *Teresita Mazzei*



Tradizionalmente le prime pagine di “Toscana Medica” hanno sempre ospitato l’editoriale del Presidente dell’Ordine. Questo contributo tuttavia non vuole essere l’editoriale del solo Presidente ma la “voce” dell’intero Consiglio che ne ha sostenuto la nomina, a dimostrazione dell’intento espresso in campagna elettorale di garantire il massimo pluralismo nella gestione dell’Ordine, a cominciare dalla sua rivista.

“Toscana Medica” vuole pertanto rappresentare il contenitore dentro al quale raccogliere idee, aspettative, progetti e iniziative del Consiglio uscito dalle elezioni dello scorso novembre e di tutti i Colleghi che hanno contribuito in maniera decisiva a questo risultato.

I numeri che seguiranno nel corso dell’anno accoglieranno i contributi di tutti coloro che vorranno presentare i risultati della propria attività professionale, esprimere dubbi e pareri e stimolare discussioni, secondo quanto riportato sotto il titolo della rivista che non a caso recita “mensile di informazione e dibattito”.

Le elezioni da poco passate e la vivace campagna elettorale che le ha precedute e accompagnate hanno chiaramente segnato la richiesta di un cambio di passo da parte di mol-

ti Colleghi nei confronti dei precedenti Consigli e delle persone che per anni ne hanno incarnato ruoli e prerogative. Questa richiesta di “novità” crediamo che non debba comunque esimerci dal ringraziamento dovuto a quanti prima di noi si sono dedicati con passione, competenza e sacrificio alla gestione di una macchina così complessa come la struttura ordinistica: all’inizio del nostro lavoro, a loro la gratitudine del nuovo Consiglio.

Adesso è il momento di passare dalla facile teoria dei buoni propositi e delle dichiarazioni di intenti alla ben più ardua pratica della gestione dei molteplici aspetti che caratterizzano e condizionano l’attività di tutti i medici.

Per raggiungere questo scopo in campagna elettorale avevamo sostenuto con forza l’esigenza di creare all’interno dell’Ordine un adeguato numero di Commissioni e Gruppi di lavoro, aperti a tutte le rappresentanze delle classi mediche, che si occupassero in maniera concreta e fattiva delle tante tematiche della professione. Da questo elenco, lungo, articolato e assolutamente suscettibile di cambiamenti e integrazioni in corso d’opera, ricordiamo, tra l’altro, le fondamentali questioni del Rischio Clinico, i rapporti tra l’Or-

dine e la Commissione Terapeutica Regionale, in particolare in relazione all’appropriatezza delle cure, le Pari Opportunità e la Medicina di genere, il dialogo continuo con l’Università soprattutto per quanto riguarda la laurea abilitante, il mondo complesso dei Colleghi più giovani, le medicine non allopatriche, le sinergie con la Sanità privata per trovare risposte ad annosi e tuttora irrisolti problemi quale quello delle liste di attesa. Molti altri argomenti possono essere proposti e presi in considerazione e per questo verrà presto attivato un indirizzo dedicato di posta elettronica al quale rivolgersi per avanzare suggerimenti e chiedere risposte: nell’ambito delle proprie competenze e dei propri margini di intervento il Consiglio si impegna a rispondere a tutti.

“Toscana Medica” e le “News” inviate agli iscritti per posta elettronica continueranno a rappresentare strumenti per veicolare e trasmettere discussione e dibattito.

Come abbiamo detto tante volte non vogliamo un Ordine chiuso e autoreferenziale ma dinamicamente capace di fornire risposte adeguate ai professionisti di un mondo in continua e precipitosa evoluzione.

La fragilità ossea: i mille problemi della cronicità

TOSCANA MEDICA - *Le fratture da fragilità ossea rappresentano oggi un grande problema assistenziale che vorremmo affrontare sulla base dell'esperienza di due Regioni importanti quali la Toscana e il Veneto. Prima, però, è opportuno inquadrare la questione dal punto di vista fisiopatologico ed epidemiologico.*

BRANDI - Le fratture da fragilità si legano direttamente al problema della riduzione della massa ossea, vale a dire all'osteoporosi, che rappresenta un importante fattore di rischio per questa condizione.

I numeri dell'osteoporosi ci dicono che oggi in Italia sono presenti dai 4 ai 5 milioni di persone che ne soffrono, con un aumento significativo legato al progredire dell'età. Tra l'altro, nell'ambito dei LEA, proprio i sessantacinque anni di età rappresentano anche il *cut off* per eseguire o consigliare la densitometria ossea. Oltre all'osteoporosi, altri fattori di grande rischio per le fratture dell'osso, sempre presenti nelle carte del rischio di queste condizioni, sono rappresentati dalle cadute e dall'assunzione di determinati farmaci che possono ridurre la massa ossea.

Le statistiche ci dicono inoltre che negli ultimi dieci anni le fratture del femore sono aumentate del 10% e che queste percentuali aumenteranno ancora in un prossimo futuro, soprattutto a causa del già citato aumento della vita media della popolazione.

Visti gli enormi costi diretti e indiretti delle fratture da fragilità ossea, una attività di prevenzione mirata e ben articolata appare davvero di fondamentale importanza.

ROSSINI - Più o meno dieci anni fa, quando le fratture del femore era-

no circa 80.000 all'anno nel nostro Paese, si stimava che il loro "costo" complessivo si aggirasse annualmente intorno al miliardo di euro. Più recentemente, il costo annuo complessivo della gestione delle fratture da fragilità ospedalizzate, comprensivo dei costi per la gestione della conseguente disabilità e di quelli, attualmente minoritari, per la prevenzione delle fratture è stimato in circa sette miliardi.

Da non sottovalutare, inoltre, che le fratture vertebrali, in genere più difficilmente quantificabili perché raramente ospedalizzate, rappresentano in realtà una patologia molto più frequente delle fratture del femore, con un impatto certamente peggiore per quanto riguarda la qualità complessiva della vita dei soggetti colpiti.

TOSCANA MEDICA - *Oggi, nel campo della cronicità, sempre più frequentemente si parla di soggetti genericamente "fragili", per lo più in età relativamente avanzata. Come la fragilità ossea si inserisce nel contesto della importante comorbilità che assai spesso affligge questi pazienti?*

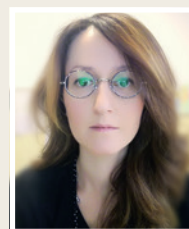
UCCI - Questa domanda chiama in causa la medicina generale e la sua attività di iniziativa. Se infatti ci sono delle situazioni sulle quali oggettivamente si può fare poco (come il fisiologico processo di invecchiamento e la riduzione progressiva della massa ossea), in altri casi le possibilità di intervento dei medici di famiglia sono molto più evidenti. Il medico può cercare di prevenire le cadute, ad esempio assicurandosi di far rimuovere al paziente a rischio i tappeti o i mobili che potrebbero essere di ostacolo durante la deambulazione, oppure accertandosi che



MARIA LUISA BRANDI
Ordinario di Endocrinologia,
Università degli Studi di Firenze



CLAUDIO MARINAI
Dirigente del Settore HTA,
ESTAR Toscana



ANNA MICHELA MENTI
Farmacista, UOC HTA
Azienda Zero, Regione Veneto

il paziente venga sottoposto a un corretto regime alimentare e a un'adeguata attività fisica.

ROSSINI - Le fratture da fragilità ossea e le loro conseguenze interessano ovviamente tutto l'apparato locomotore e oggi possiamo disporre delle migliori opportunità di cura e prevenzione soprattutto per quanto riguarda la componente ossea, assai meno per quanto riguarda muscoli e articolazioni.

MARINAI - La *compliance* dei pazienti è un altro degli aspetti su cui mantenere grande attenzione in un ambito, quale è questo, sostanzialmente legato al concetto di cronicità. Purtroppo molto spesso il livello di collaborazione di questi soggetti e dei *caregivers* lascia molto a desiderare, con tutto quello che ne conse-



RAFFAELLA MICHELII
Segretario nazionale della Società Italiana
di Medicina Generale e delle Cure Primarie
(SIMG)



MAURIZIO ROSSINI
Ordinario di Reumatologia,
Università degli Studi di Verona



MAURO UCCI
Medico di medicina generale a Firenze

gue in termini di gestione complessiva della situazione.

MICHELII - Quando si parla di fragilità ossea io credo che tutti i medici dovrebbero fare un po' di autocritica, visto che soprattutto in tema di prevenzione l'osso riceve per lo più molta meno considerazione di quanto non accada, ad esempio, con l'apparato cardiovascolare.

La situazione è poi resa ancora più complicata dal fatto che l'osteoporosi e le fratture da fragilità non sempre vengono facilmente classificate e censite, poiché questa attività è possibile solo per le condizioni che richiedono il ricovero in ospedale, perciò tutte quelle curabili invece soltanto a domicilio, per le quali il medico di medicina generale è una perfetta sentinella, finiscono per essere trascurate.

Pertanto, a mio parere, sarebbe molto importante che tutte le fratture da fragilità ossea venissero opportunamente considerate nel quadro della polipatologia spesso frequente in questi soggetti.

TOSCANA MEDICA - *In tema di medicina di iniziativa, il medico di famiglia cosa può fare nei confronti di questi pazienti prima di arrivare alla terapia vera e propria?*

MICHELII - In primo luogo è necessario attirare l'attenzione dei nostri assistiti su questo tipo di problematiche, iniziando fin dalle età più giovani e progressivamente aumentando l'assiduità di tale particolarissimo *pressing*. Poi è necessario lavorare perché passi il messaggio che un'alimentazione bilanciata e corretta e una adeguata attività fisica rappresentano davvero comportamenti di enorme importanza. In questa attività di vera e propria educazione sanitaria, i medici di famiglia dovrebbero sempre rapportarsi con i differenti specialisti per garantire agli occhi dei pazienti la massima efficacia di una informazione evidentemente condivisa tra i professionisti della salute.

BRANDI - La prevenzione nel campo dell'osteoporosi e delle sue complicanze fratturative può essere sostanzialmente articolata in tre livelli. Il primo è quello che dovrebbe venire applicato a tutti i soggetti, prima a cura dei pediatri, poi dei medici di famiglia, dei geriatri e degli specialisti, come i ginecologi al momento della gravidanza o della menopausa. Questo tipo di prevenzione si basa fondamentalmente su una attività di educazione sanitaria tesa a incoraggiare nella popolazione stili di vita corretti e un impegno quanto più assiduo possibile a seguirli nel tempo. La prevenzione secondaria, che purtroppo non sempre viene messa in pratica, consiste essenzialmente nell'individuazione dei fattori di rischio e nella successiva messa in atto di tutti i necessari interventi sia diagnostici che terapeutici.

La prevenzione terziaria è quella che si applica a quei soggetti che hanno già avuto un evento fratturativo e sui quali occorre necessariamente agire con le adeguate terapie disponibili.

Tra l'altro oggi, parlando di osteoporosi e fragilità ossea, si tende a non utilizzare più molte di quelle complicate classificazioni che fino a poco tempo fa cercavano di incasellare i vari stadi di gravità di queste condizioni, per limitarsi a parlare soltanto della presenza o meno della frattura. Questo concetto si correla direttamente con la questione economica: se non interveniamo rapidamente sulla popolazione a rischio, in un futuro molto prossimo ci troveremo a spendere cifre di assoluto rilievo.

TOSCANA MEDICA - *A livello di medicina generale, come si può utilizzare per identificare un soggetto a rischio fratturativo?*

MICHELII - In linea di massima i medici di medicina generale sono poco stimolati a occuparsi di questo aspetto, visto che almeno in Veneto non esiste ancora un PDTA per l'osteoporosi, a differenza di quanto succede per la BPCO, i trattamenti anticoagulanti orali o il diabete. Certamente gli strumenti esistono e vanno dalle già citate carte di rischio validate a livello nazionale agli strumenti informatici inseriti all'interno dei *database* dei medici di famiglia. Quindi il medico di medicina generale deve individuare precocemente le persone a rischio su cui applicare i meccanismi di prevenzione primaria e, in secondo luogo, attuare una efficace prevenzione secondaria nelle persone fratturate.

ROSSINI - Il ruolo della medicina generale nell'identificazione di soggetti a rischio è senza dubbio di fondamentale importanza, anche per quantificare i criteri previsti dai LEA per l'accesso all'esame densitometrico.

Il passo successivo non può essere che quello di agire sui pazienti da trattare farmacologicamente, in particolare alla luce della nota 79, che non rappresenta solo un criterio di

rimborsabilità ma anche una linea guida in termini di costi/rischio di effetti collaterali e benefici.

TOSCANA MEDICA - *Anche in Toscana, come in Veneto, non esiste un PDTA per l'osteoporosi: ciò può influenzare in senso negativo l'indagine epidemiologica e la raccolta dati in questo campo?*

BRANDI - A livello regionale, i dati vengono raccolti tramite il progetto TARGET, iniziato nel 2006, che tiene conto del numero delle fratture del femore ricoverate in ospedale mettendolo in relazione con l'eventuale impiego nei pazienti della terapia antifratturativa.

Inizialmente, all'interno di TARGET, venne strutturata una attività specifica di sensibilizzazione dei colleghi ortopedici, che, dopo gli interventi di loro specifica competenza, erano invitati a rapportarsi con i medici di base o con i centri di riferimento ai quali i pazienti venivano inviati.

Con il passare degli anni, in alcuni ospedali della Regione furono addirittura create apposite strutture multidisciplinari per la gestione di questi soggetti e si verificò un aumento della prescrizione dei farmaci antifratturativi, passata dal 15 al 26%, segno che la filosofia di TARGET stava dando i frutti sperati.

Nel tempo tuttavia TARGET, che avrebbe potuto essere un efficace strumento di valutazione dinamica, ha perso molta della sua efficacia a causa dello scarso interesse dimostrato dall'amministrazione regionale e inevitabilmente anche la raccolta dati ha finito per risentirne. Quello che sappiamo oggi è che le fratture/rifratture del femore sono nuovamente in aumento, parimenti alla diminuzione della prescrizione dei farmaci antifratturativi.

Come detto in precedenza, poco o niente sappiamo delle fratture di vertebra o di altri distretti anatomici. Pertanto, in teoria, sarebbe molto utile strutturare interventi in grado di permettere l'accesso ai *database* della medicina generale, che senza dubbio raccolgono a livello nazionale anche questi dati.

UCCI - Quando si parla del consumo di un qualsiasi farmaco, non bisogna mai dimenticare che le informazioni disponibili devono essere attentamente valutate. È infatti molto importante sapere quali quantità le aziende sanitarie abbiano rimborsato alle farmacie, ma anche quante confezioni siano state effettivamente consumate dai pazienti e quante siano state acquistate direttamente da loro.

ROSSINI - Qualche anno fa una ricerca del CINECA (progetto ARNO) relativa ai farmaci contro l'osteoporosi ha dimostrato che nell'80% dei casi il consumo era tracciabile attraverso la prescrizione medica.

MARINAI - Io ho vissuto il progetto TARGET dal punto di vista della farmaceutica ospedaliera e mi ricordo di quando iniziammo a dispensare gli integratori di vitamina D insieme alla vaccinazione antinfluenzale. Dopo il primo iniziale entusiasmo, l'attenzione andò progressivamente a calare, sia per i dubbi riguardanti la somministrazione in bolo di trecentomila unità di colecalciferolo sia per il subentrare di un certo disinteresse da parte dell'amministrazione regionale. L'anno scorso le cose sono cambiate ed è stato deciso di adottare uno schema di dispensazione basato su sei somministrazioni annue ciascuna da un milione di unità di colecalciferolo, a mio parere con grosse problematiche di aderenza terapeutica da parte di molte classi di pazienti.

ROSSINI - In Veneto sono state organizzate fin dal 2000, in collaborazione con i colleghi della medicina generale, campagne di prevenzione di comunità basate sulla somministrazione di vitamina D a tutti gli anziani. È possibile che ciò abbia contribuito alla riduzione del 20% dell'incidenza delle fratture del femore osservata nella Regione.

MENTI - Sicuramente la presenza di un PDTA permetterebbe di stimare in modo più adeguato il bisogno/domanda in termini assistenziali. Favorebbe

inoltre una corretta classificazione dei pazienti in base alla gravità e al reale rischio di frattura, ai distretti anatomici interessati e alla valutazione degli esiti clinici.

TOSCANA MEDICA - *Quali sono, come funzionano e quanto costano i farmaci antifratturativi?*

BRANDI - In linea di massima parliamo di alendronato e di bifosfonati, farmaci ormai datati che inibiscono la distruzione dell'osso con un'azione fondamentalmente antirassorbitiva. In questa classe rientrano poi anche altre molecole di minore efficacia, raloxifene e bazedoxifene, che in Italia non vengono praticamente mai prescritte, neppure dagli specialisti.

In seguito sul mercato è comparso un farmaco molto importante, il denosumab, assai efficace a livello sia femorale che vertebrale, che ha anche garantito un'ottima *compliance* da parte dei pazienti in virtù della sua modalità di somministrazione sottocutanea da ripetere solo due volte all'anno. In Italia purtroppo la sua prescrizione, peraltro gravata da un piano terapeutico piuttosto impegnativo, non è stata consentita ai medici di medicina generale, a differenza di quanto avvenuto in molti altri Paesi. Un'altra categoria di farmaci è rappresentata dalle molecole ad azione osteoformativa, tra le quali rientra la teriparatide, dimostratosi in grado di ridurre in maniera realmente significativa l'incidenza delle fratture vertebrali. L'optimum del suo impiego sarebbe l'associazione con i farmaci antirassorbitivi in sequenze terapeutiche che al momento però non sono state ancora esaurientemente validate. Si tratta di una molecola molto costosa, che può essere prescritta solo per due anni dallo specialista, con limiti ben precisi codificati nella nota 79.

Altre due molecole ad azione osteoformativa, parimenti molto costose e di esclusivo impiego specialistico, potrebbero presto essere disponibili anche nel nostro Paese.

Nella gestione di questi nuovi farmaci attivi contro la fragilità ossea, il supporto della medicina generale potreb-

be davvero fornire un aiuto concreto, ad esempio limitando il numero di pazienti che oggi devono necessariamente rivolgersi solo ed esclusivamente ai centri di riferimento ospedaliero.

ROSSINI - Per completare l'intervento della professoressa Brandi, riporto alcuni dati forniti dall'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed), la struttura che assicura il monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale e regionale.

Nel campo della gestione della fragilità ossea, Toscana e Veneto ricoprono posti di assoluta eccellenza, anche se purtroppo la situazione complessiva del nostro Paese non è certamente delle migliori. A oggi, infatti, solo 1 su 5 dei pazienti ad alto rischio fratturativo viene adeguatamente trattato e la percentuale è scesa dal 28% del 2014 all'attuale 20%.

Altra questione importante: l'inappropriatezza degli interventi di cura. Gran parte dei pazienti trattati non rispettano i criteri identificati per la gestione farmacologica della propria condizione. Tra l'altro, queste terapie vengono molto spesso erogate (vedi scarsa aderenza) con modalità assolutamente incompatibili con una situazione di malattia ad andamento cronico come appunto l'osteoporosi. Ultimo elemento di criticità evidenziato da OsMed: solo il 50% dei soggetti trattati con farmaci antifratturativi riceve in associazione la vitamina D, venendo in tal modo significativamente ridotta l'efficacia di queste terapie (Figura 1).

MICHIELI - Io credo che molte delle criticità adesso riportate potrebbero essere limitate se i medici di famiglia venissero maggiormente coinvolti e responsabilizzati nella gestione dei pazienti con fragilità ossea. Un medico poco motivato, la cui unica occupazione in questo campo è quella di prescrivere farmaci ed esami richiesti dallo specialista, ben difficilmente riuscirà a motivare i suoi assistiti, peraltro spesso già poco complianti di fronte a terapie di lunga o lunghissima durata.

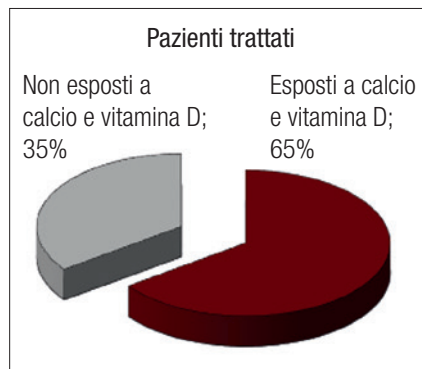


Figura 1 – Percentuale di pazienti in trattamento con farmaci per l'osteoporosi che associano o meno calcio e vitamina D.

MARINAI - A mio parere la nota 79 rappresenta un classico della nostra economia sanitaria divisa a comparti, dove ognuno si occupa del proprio specifico settore senza considerare una vera e propria visione di insieme. Per cercare di ridurre i costi, si ricorre allora a un vero e proprio "collo di bottiglia", rappresentato dallo specialista, con il risultato di una ovvia diminuzione delle spese a valle, senza però considerare che magari il costo complessivo di un soggetto fratturato finisce per risultare per lo più molto più alto di quanto si sarebbe speso in termini di farmaci capaci di evitare la comparsa di quel disgraziato evento. Un altro fattore già ricordato che impatta notevolmente sull'aspetto economico di qualsiasi condizione clinica ad andamento cronico è certamente poi la *compliance* dei pazienti nei confronti della terapia: in questo senso, a mio parere, dovrebbero essere messe in atto attività mirate di informazione ed educazione rivolte sia ai malati che ai professionisti che li seguono.

MENTI - I costi per 28 giorni di terapia variano da 10-40 euro al mese fino a circa 450 euro al mese. All'interno di un insieme di possibilità terapeutiche approvate per le medesime indicazioni, il clinico dovrebbe scegliere tenendo in considerazione il profilo di eventi avversi, le controindicazioni al trattamento, la *compliance* e il costo. Il documento di indirizzo che è

stato emanato dalla Regione del Veneto (decreto n. 15 del 23/02/2017) presenta un quesito ad hoc sui criteri che dovrebbero essere valutati per la scelta della terapia a parità di indicazione e linea di trattamento.

Lo specialista è parte fondamentale del percorso del paziente affetto da osteoporosi, soprattutto qualora si presenti in forma severa. È naturale, quindi, che la prescrizione di alcuni medicinali si mantenga di tipo specialistico.

Il problema dell'aderenza alla terapia è un tema molto attuale, che la nostra Regione sta cercando di affrontare in più modi, ad esempio attraverso l'impiego di sistemi di prescrizione informatizzata (che permettono il monitoraggio dei benefici della terapia, di eventuali eventi avversi e sospensioni di trattamento) e l'individuazione di indicatori di appropriatezza prescrittiva.

TOSCANA MEDICA - *Abbiamo quindi visto che i problemi connessi alla gestione della fragilità ossea sono numerosi e complessi: cosa fare per affrontarli al meglio?*

ROSSINI - In primo luogo occorre chiarire le competenze e il ruolo dello specialista nella gestione dell'osteoporosi e delle fratture da fragilità, coinvolgendo maggiormente i medici di medicina generale. Poi credo vi siano oggi le condizioni per rivedere alcuni criteri prescrittivi della nota 79, spostando alcuni farmaci, ora a bassissimo costo, in fascia A senza nota. Parimenti sarebbe necessario che alla medicina generale venisse concessa la possibilità di accedere, magari con strumenti agili che garantiscano e documentino l'appropriatezza prescrittiva (si veda l'algoritmo sulla gestione dell'osteoporosi sul sito dell'AIFA o l'algoritmo DEFRA su <https://defra-osteoporosi.it>), a determinati trattamenti per adesso di esclusiva pertinenza specialistica (Figura 2).

UCCI - Certamente il medico di famiglia, anche e soprattutto per gestire al meglio gli assistiti in termini di

compliance, educazione sanitaria e aderenza alle cure, dovrebbe poter riappropriarsi di alcuni percorsi di diagnosi e cura che oggi non sente come propri, come appunto quello relativo alla fragilità ossea.

MICIELI - Giustamente il dottor Ucci parlava adesso di informazione ed educazione dei pazienti: a questo proposito non dimentichiamo la presenza a dire poco ingombrante di quello che ormai viene universalmente chiamato “*Doctor Google*”, purtroppo oggi diventato capace di influenzare e modificare opinioni e comportamenti.

MENTI - In un’ottica regionale, si deve far sì che tutti gli specialisti e le figure coinvolte nella gestione del paziente con osteoporosi operino in modo coordinato e congiunto al fine di individuare in modo corretto i pazienti che possono beneficiare delle terapie e supportarli in questo percorso. In questo senso appare fondamentale organizzare momenti di formazione e dibattito che mirino ad analizzare le opzioni terapeutiche disponibili e le evidenze di letteratura, per costruire protocolli di valutazione e cura del paziente.

BRANDI - Forse dobbiamo comprendere che in Italia la situazione della gestione delle fratture da fragilità richiede un intervento radicale. Perché oggi noi trattiamo, degli aventi diritto alla terapia e soprattutto delle popolazioni ad alto rischio (i pazienti con frattura vertebrale, quelli con frattura femorale e quelli cortisonati), non più del 20%, con una diminuzione del 6% dal 2010 al 2015 (Figura 3). I costi di questo mancato trattamento sono quantificati nel recente rapporto OsMed in varie decine di milioni di euro.

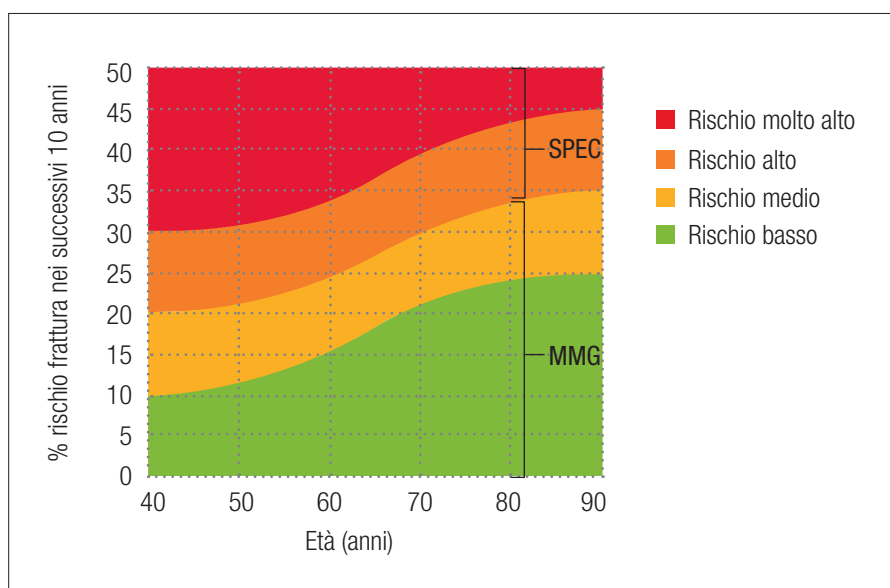


Figura 2 – Algoritmo AIFA: grading del rischio di frattura secondo la nota 79.

L'algoritmo AIFA fornisce tre indicazioni:

- valutazione di eleggibilità ai criteri della nota 79;
- associazione al livello di rischio di fratture e identificazione delle competenze;
- indicazione del trattamento sulla base del rischio di frattura.

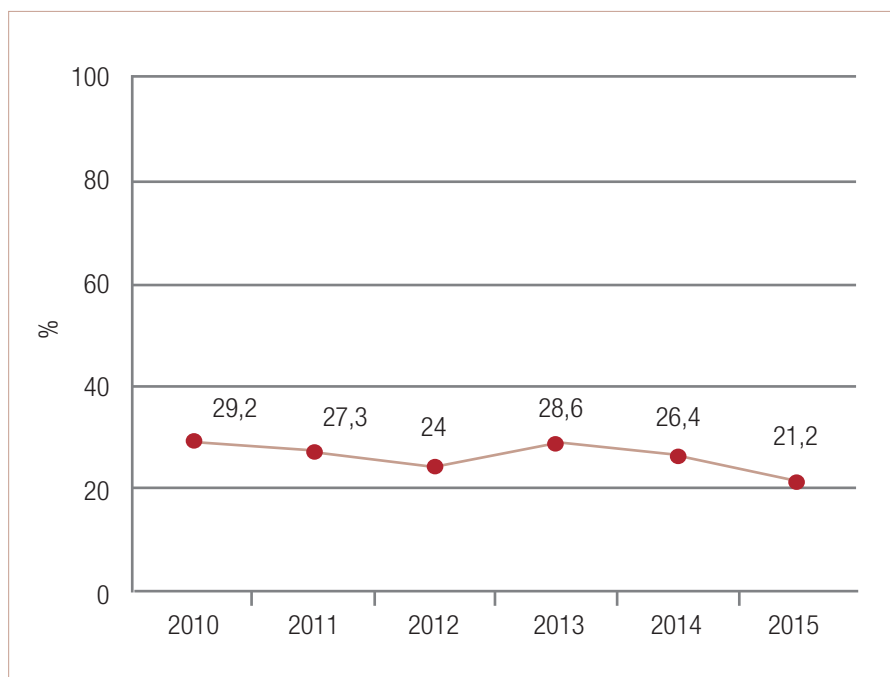


Figura 3 – Percentuale di pazienti con frattura vertebrale, del femore o in terapia con glucocorticoidi, in trattamento per osteoporosi.

Si ringrazia Lilly per aver contribuito alla pubblicazione

Lilly

La fragilità ossea: un uso troppo scarso degli strumenti disponibili

La riduzione della massa ossea accompagna il passare degli anni insieme ad altri fattori di rischio e ad altre condizioni dell'invecchiamento, che, nell'insieme, costituiscono il quadro della fragilità dell'anziano, sempre più impegnativa per la sostenibilità del Servizio.

Le fratture non aumentano solo con l'età. Purtroppo accade che qualcuno si fratturi nuovamente e allora i costi umani e sociali salgono enormemente.

I numeri parlano chiaro e una proiezione nei prossimi dieci anni rende facilmente conto dell'entità del fenomeno. Siamo quindi di fronte a un tipico caso che ricade nella cosiddetta medicina di iniziativa o proattiva, quella del medico che ha la possibilità e il dovere di intervenire sugli stili di vita, sulla alimentazione, sulla attività fisica, insomma su tutto quello che serve per mantenere in modo soddisfacente le *performances* dell'organismo. Tutto questo si inserisce nel quadro delle comorbilità dell'età anziana e, quindi, nel cosiddetto *Chronic Care Model*, altro ambito sul quale il medico di famiglia ha molto da dire.

Da un punto di vista specifico, anche nella fragilità ossea si può parlare di prevenzione primaria legata alla correzione dei fattori di rischio; prevenzione secondaria, riferita all'individuazione di un rischio specifico attraverso accertamenti diagnostici o l'utilizzo della carta del rischio e infine prevenzione terziaria, ovvero del tentativo di evitare le rifratture.

Su questo terzo elemento si è polarizzata l'attenzione dei nostri esperti, che hanno diffusamente esposto i dati disponibili attraverso il progetto TARGET, o comunque altre iniziative per l'acquisizione dei dati epidemiologici.

In fase terziaria la prevenzione esige l'uso di farmaci sia antiassorbimento osseo sia osteoformativi. Qui sorgono alcuni problemi. Il primo è la scarsa *compliance* dei pazienti, forse perché tutti, medici e pazienti, hanno in mente la prevenzione delle malattie cardiovascolari e poco riflettono sulla prevenzione delle fratture del femore, del bacino e dei corpi vertebrali. Il secondo problema consiste nel fatto che questi farmaci richiedono una prescrizione specialistica secondo la normativa

italiana, che è dettata da evidenti intenti economicisti e non tiene conto di una valutazione complessiva di tutti i costi legati a una seconda frattura nell'età anziana.

Questa situazione, poi, determina un pessimo uso dei servizi specialistici, intasati da lunghe liste di attesa per la prescrizione di farmaci che sarebbero di competenza generalista e ormai hanno un costo assolutamente sostenibile.

In conclusione, solo 1 caso su 5 tra i soggetti con rifrattura viene correttamente trattato, e di questi poco più della metà rimane aderente alla terapia.

La lezione da trarre è che, anche per la scarsa percezione del rischio e la ridotta informazione del cittadino, gli strumenti per affrontare la fragilità ossea, certamente disponibili, appaiono sostanzialmente male utilizzati. Ecco quindi la necessità di intervenire predisponendo corretti percorsi assistenziali, ove lo specialista funga da *second opinion* e la prescrizione dei farmaci sia consentita anche ai medici di famiglia.

Attività ambulatoriale con i migranti a Firenze

di Allaman Allamani, Irene Severi, Caterina Silvestri

A Firenze l'assistenza ai migranti vede oggi un insieme di interventi realizzati dal volontariato in collaborazione con l'istituzione pubblica. Dall'esperienza degli ambulatori delle associazioni "Anelli Mancanti" e "Stenone" si rendono qui noti alcuni dati, insieme a quanto abbiamo iniziato ad apprendere da questo nuovo tipo di relazione d'aiuto.

Parole chiave:

migrante, cultura, volontariato, relazione d'aiuto, assistenza sanitaria, epidemiologia

La relazione dell'operatore sanitario coi migranti

La relazione coi migranti

I problemi che un medico o un operatore sanitario trova nel contatto con i migranti sono vari.

I migranti sono per lo più uomini giovani, dotati di prestanza fisica,

quella che li ha fatti arrivare fin qui da lontano, dopo una serie di viaggi e traversie. È presumibile che le loro idee di malattia e di cura siano assai diverse da quelle che trovano in Italia e che nel sistema sanitario del paese d'origine l'attenzione alla salute e alla prevenzione sia poco presente o assente. Insieme ad altri fattori ciò può renderli incostanti quando si tratta di eseguire gli esami prescritti o di tornare a un *follow-up*; oppure, in altri casi, può farli inclini a insistere per visite e medicine, qui così tanto più disponibili che nel loro paese.

Il problema principale nella visita sanitaria è quello della lingua. Spesso chi si presenta conosce poco o punto la lingua italiana e forse sa solo qualche parola d'inglese o francese, le lingue delle ex colonie d'Africa e d'Asia. In diversi casi, quando non c'è un mediatore addetto, fa da traduttore un amico o un parente, ma restano i dubbi su quanto fedele sia la traduzione dal e al paziente. Sarebbe importante che l'operatore conoscesse un po' d'inglese, francese e spagnolo, per permettere, quando ci sono le condizioni, un minimo di comunicazione personale.

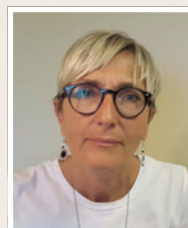
È naturale che l'italiano che presta aiuto intenda la comunicazione con l'altro attraverso i significati che la propria cultura attribuisce a parole e comportamenti. Pertanto, anche se ci sembra di intendere cosa ci vuole far capire chi viene da una diversa cultura, resterà sempre una "zona cieca", di cui non avvertiamo le domande e a cui non possiamo dare risposte. Non è neppure facile, poi, avere no-



ALLAMAN ALLAMANI
Agenzia Regionale di Sanità Toscana.
Associazione Anelli Mancanti



IRENE SEVERI
Associazione Niccolò Stenone



CATERINA SILVESTRI
Agenzia Regionale di Sanità Toscana

con la collaborazione di
MARIO MANCINI, SIMONE PINTIMALLI,
CHIARA PAPINI, ALESSIA QUATRALE,
DINA STRATICO, VALENTINA CARDILLO,
PAULINA CONCHA LUONGO
Associazione Anelli Mancanti

tizie sull'ambiente in cui questi nostri pazienti vivono in Italia. Alcuni stanno da soli, altri con familiari o con amici, altri ancora in case famiglia o in centri di accoglienza. Possono essere contesti adeguati, oppure problematici per tipo di rapporti, di attività e persino di vitto. Quest'ultimo viene fornito secondo i modi del mangiare italiano, che può essere insolito per gli ospiti e generare disturbi digestivi. Inoltre, la scarsa attività fisica, la mancanza di un ruolo sociale e di un impegno lavorativo, hanno conseguenze psicofisiche e provocano possibili disturbi.

Raccogliere informazioni richiede perciò tempi lunghi e una buona dose di pazienza.

Cosa apprendiamo dall'assistenza ai migranti

Tra le abilità comunicative che si apprendono nell'assistenza ai migranti, risulta centrale quella dell'ascolto (vedi Maillart V, Allamani A, Marchi MR, et al., 1992). L'ascolto diviene necessario per provare a superare le difficoltà di lingua e cultura e per identificare i problemi. Si sviluppa quando promuoviamo la nostra attenzione per l'altro, dandogli tempo di formulare una sua richiesta o risposta ed evitando di fargli subito domande su un sintomo o una patologia da cui ipotizziamo potrebbe essere affetto, perché egli potrebbe assentire solo per cortesia o deferenza, anche nel caso non avesse capito. Quest'atteggiamento contribuisce a rendere personale la relazione tra chi riceve la visita e chi la fa e a creare fiducia, che è fondamento della comunicazione, qui come nell'assistenza in generale.

Un approccio che ha successo è cominciare il colloquio col presentarsi e chiedere il nome della persona che abbiamo di fronte e poi fare domande semplici, ripetendole se non capite ed esprimendosi con voce alta e piana. Probabilmente si vedrà che una certa dose di contatto corporeo (ad esempio stringere ripetutamente la mano, incoraggiare con un tocco sulla spalla o sul braccio) è capace di generare empatia con persone provenienti dal centro Africa; mentre per le persone provenienti dall'Asia lo stesso risultato potrebbe essere raggiunto mantenendo un buon contatto visivo. Infine spiegare bene quale è la terapia da attuare o i luoghi dove andare per eseguire altre visite, prendendo altresì contatto con i colleghi per l'appuntamento, vuole altro tempo. In questo modo una prima visita può richiedere anche 30 minuti.

Abbiamo poi visto che una visita di controllo presso lo stesso operatore, nella stessa struttura e nello stesso orario, a distanza di qualche settimana, è ben accolta e contribuisce ad accrescere il rapporto di fiducia con la persona, rassicurandola nel suo percorso assistenziale.

Epidemiologia dei migranti nel territorio toscano

Chi sono i *migranti*? Col termine si indica anzitutto chi decide di lasciare il proprio Paese d'origine per un altro per cercarvi lavoro e condizioni di vita migliori; in questo senso, la parola ha una connotazione economica. In modo più generico, migrante si riferisce anche a chi è in fuga dal proprio Paese perché perseguitato o perché lo starvi è pericoloso e cerca protezione altrove, facendo richiesta di asilo. Sono da noi accolti nel Sistema per Richiedenti asilo e Rifugiati (SPRAR), ma nella fase d'emergenza sono temporaneamente ospitati nei Centri d'Accoglienza Straordinaria (CAS).

Se la richiesta viene accolta nel Paese di arrivo, la persona acquista lo status di *rifugiato*, sancito nel diritto internazionale dalla Convenzione di Ginevra del 1951 (Bidini B, 2017).

In generale, gli immigrati fanno parte degli *stranieri*, che possono trovarsi in Italia anche da molti anni e che sono regolarmente residenti, oppure irregolari o clandestini. Tra gli stranieri si devono distinguere i cittadini dell'Unione Europea (UE) e i cittadini non UE, tra cui anche quelli provenienti da Nazioni a sviluppo avanzato, ad esempio gli USA e la Svizzera.

La Toscana, nel dicembre 2016, aveva 400.370 residenti stranieri, il 10,7% della popolazione generale (nel 2004 erano il 4,0%). Essi per il 53,6% sono di genere femminile e per il 72,0% hanno un'età tra 0 e 44 anni, che è più bassa rispetto alla media italiana. Le nazionalità dei residenti presenti in Toscana arrivano al numero di 173 (198 nell'intera Italia). Più del 30% viene dall'Europa centro-orientale – Albania (57,6%), Ucraina (9,2%) e Polonia (7,3%) –; il 25,2% del totale è giunto da Paesi membri dell'UE – con una netta maggioranza della Romania –; al terzo posto si collocano i cittadini asiatici (22,3%), provenienti per metà dalla Repubblica cinese (Osservatorio Sociale Regionale, 2017).

In Toscana il gruppo dei richiedenti asilo e rifugiati, ospitati "in modo diffuso" in 810 CAS e in 22 SPRAR,

assommava, al 30 aprile 2017, a 12.681 persone (in media 3 ogni 1.000 residenti).

A questi numeri vanno aggiunti gli stranieri irregolari, o clandestini, non registrati come residenti. Questa quota di popolazione è variamente stimata tra l'8% e il 30% degli stranieri regolari (Colombo F, 2017).

Associazioni che si occupano della salute dei migranti a Firenze

In Toscana una serie di associazioni si occupano della salute dei migranti. Oltre allo "Stenone" e ad "Anelli Mancanti", che hanno una sede propria per visite sanitarie, e che sono descritti più sotto, esistono l'unità di strada dei Medici per i Diritti Umani (MEDU) e quella della CAT, le quali prestano aiuto alle vittime di tratta e di prostituzione e ai soggetti che occupano case.

La maggior parte delle associazioni si avvale del volontariato, con figure a formazione professionale e culturale diversa, aventi un orientamento solidale di aiuto verso persone e gruppi in condizioni di disagio. Nella sua esperienza il volontario sviluppa un senso di responsabilità che tende a portarlo progressivamente a percepire il disagio altrui anche come disagio della propria realtà sociale, affrontando il quale può intervenire sulla qualità della vita di tutta la comunità, inclusa la propria. L'esperienza volontaria nei contesti associativi può così amplificare il senso di cittadinanza e di integrazione.

Attività sanitaria ambulatoriale svolta agli "Anelli Mancanti"

Gli "Anelli Mancanti" è un'associazione nata nel 1997 a Firenze, che ha come scopo principale il sostegno e il supporto di cittadini migranti e di persone che vivono in situazioni di marginalità sociale ed economica nel loro processo di autonomia e di inserimento sociale. L'associazione è basata sul volontariato e il valore del volontariato viene promosso come partecipazione attiva.

Sin dalla sua nascita l'associazione ha realizzato corsi di lingua e cultura italiana e corsi d'informatica e di lingue

straniere, affiancando però anche attività interculturali come quelle sportive o teatrali.

L'associazione, inoltre, prevede sportelli di informazione e consulenza, ad esempio legale, al fine di poter supportare la persona in difficoltà in un concreto processo di inserimento.

Da alcuni anni l'associazione ha dato inizio a un servizio di informazione e consulenza sanitaria.

Quest'attività, rivolta a migranti o persone in stato di necessità anche non in regola con l'assistenza del SSN, viene svolta con colloqui sanitari, visite mediche e, se necessario, con distribuzione di medicinali da banco, i giorni di lunedì e di mercoledì, dalle 19.15 alle 20.30. Esiste anche uno sportello per donne, di lunedì, con colloqui realizzati da ostetriche. Viene poi fornita, su appuntamento, un'assistenza odontoiatrica di base fuori sede. La cooperazione con le strutture sanitarie pubbliche e private costituisce una rete di continuità assistenziale, con collaborazioni con l'USL Toscana Centro, l'ospedale di Careggi, alcuni medici di medicina generale, i centri di accoglienza rivolti all'assistenza ai migranti – quali Stenone, Caritas, MEDU, Cenacolo, Albatros, CAT, Help Center Stazione SMN – e con l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana, con cui si è lavorato (insieme ad altre associazioni regionali) per la raccolta dei bisogni socio-sanitari dei migranti e per contribuire a realizzare una cartella clinica comune a tutte gli interventi socio-sanitari per migranti in Toscana.

Gli operatori che prestano gratuitamente servizio sono attualmente 2 medici di medicina generale, 1 medico odontoiatra, 2 ostetriche e 2 volontari.

Le persone che si sono presentate allo sportello degli Anelli dal 2013 al luglio 2017, in buona parte non registrate come residenti, sono state 166, con un'età tra i 18 e i 40 anni e in grande prevalenza maschi, con un totale di 273 visite. Provengono da Marocco (61), Bangladesh (23), Senegal (16), Mali (8), Togo (5), Gambia, Nigeria, Perù e Cina (ciascuna con 4), Costa d'Avorio e Italia (3), Gana,

Pakistan e Filippine (2 ciascuna), e, con 1 persona ciascuno, da altri Paesi d'Africa (in 7 casi), d'Asia (in 4 casi), di Centro America (in 3 casi), di Sud America (in 1 caso). 2 casi vengono dall'UE (Spagna e Italia).

Le diagnosi più comuni sono state: a) mal di gola, influenze; b) odontalgie, carie, gengivopatie, rottura di denti; c) congiuntiviti, disturbi del visus; d) gastriti, disturbi digestivi; e) cefalee, dolori osteoarticolari, artriti; f) patologie della pelle (eczemi, allergie, infezioni); g) lesioni muscolari e ossee, traumatismi; h) certificazioni di buona salute per palestra o per attività sportive agonistiche; g) richiesta d'interruzione di gravidanza.

L'attività preventiva si è realizzata mediante una serie di incontri di informazione sui principali problemi di salute discussi presso le classi di insegnamento di lingua italiana e alcune visite presso strutture di accoglienza fiorentine.

Attività svolta all'ambulatorio "Niccolò Stenone"

L'associazione "Niccolò Stenone" ha dal 1991 a Firenze un ambulatorio

sanitario per immigrati e per chi, in condizione di indigenza, necessita di visite e cure, generali, specialistiche e odontoiatriche. Fornisce inoltre farmaci gratuitamente grazie alla collaborazione col centro missionario diocesano e può eseguire accertamenti di laboratorio e strumentali. Gli ambulatori sono aperti i pomeriggi dal lunedì al venerdì, dalle 14.30 alle 18.30, e la mattina del lunedì, giovedì e venerdì, dalle 9.00 alle 12.00. Si rivolgono a: a) tutti gli esclusi da qualsiasi assistenza da parte SSN; b) le persone con tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) o ENI (Europeo Non Iscritto), che necessitano di continuità assistenziale o urgenze non rimandabili al servizio della ASL; c) italiani non più iscritti al SSN, in difficoltà economica per pagare il ticket o con difficoltà nell'accesso al sistema pubblico.

L'attività è garantita dalla presenza quotidiana di un'infermiera, di una segretaria e di un gruppo di medici di medicina generale e specialisti volontari che gratuitamente cercano di dare risposta ai problemi di salute degli utenti. Ai fini di costruire un percor-



so aderente ai bisogni dell'utenza, ciò richiede il confronto tra diverse figure sanitarie e l'articolarsi di interventi tra le varie associazioni del privato sociale e del sistema pubblico.

Lo "Stenone", oltre che con alcuni progetti della Regione Toscana, collabora con le Unità di strada fiorentine della CAT e di MEDU, con la comunità di Sant'Egidio, con "Anelli Mancanti" e con alcuni CAS e SPRAR. Nel 2015 è iniziato un progetto d'intervista congiunta psico-sanitaria per richiedenti asilo e rifugiati, ai fini di valutarne i rischi di vulnerabilità. Una collaborazione indispensabile è quella con gli specialisti della Fondazione Bartolomei. Dall'analisi della attività degli ambulatori per il 2016 emerge che:

- in prevalenza gli accessi sono di persone provenienti dal Nord Africa (240), 90% di sesso maschile e di età tra 28-42 anni, che hanno STP o hanno perso assistenza per la perdita del lavoro, con patologie acute del tratto respiratorio e gastroenterologico, ma soprattutto cardiovascolari. In totale vi sono state circa 500 prestazioni infermieristiche, 1.500 prestazioni odontoiatriche, 1.200 consulenze interne di medicina generale, 300 consulenze psichiatriche, 550 consulenze specialistiche, 800 informazioni sanitarie, 100 visite domiciliari c/o strutture residenziali, centri diurni, occupazioni e strada;
- c'è stato, rispetto agli anni prece-

endenti, un aumento in numero di italiani (155 persone);

- gli ambulatori hanno inoltre fatto prestazioni occasionali a richiedenti asilo (circa 120), specie nel periodo di tempo antecedente il riconoscimento dello status di rifugiato;
- in linea con le segnalazioni degli ultimi rapporti internazionali e regionali, si è rilevato un numero consistente di sintomi psichiatrici post-traumatici presso i CAS e presso alcuni SPRAR, il che richiederebbe ulteriori momenti di assistenza;
- si sono attivati programmi di educazione sanitaria e vaccinazioni e, in accordo con l'Istituto di Prevenzione Oncologica (ISPO), *screening* oncologici (Pap-Test/Hpv-Test, ricerca del sangue occulto nelle feci, mammografia) per soggetti STP o ENI.

Prospettive

Nella prospettiva di sviluppare adeguatamente l'assistenza ai migranti, riteniamo che dovrebbero essere realizzate le seguenti azioni:

1. poiché ci sono difficoltà comunicative con l'utente legate a vari fattori – diversità della sua lingua dall'italiano, frequente basso grado di istruzione, a volte *deficit* cognitivi o psicopatologici ostacolanti l'apprendimento della lingua –, è opportuno formare gli operatori sanitari a collaborare con i mediatori, da valorizzare

non solo come traduttori ma anche come veicolo culturale per l'analisi di contesto del sintomo/problema;

2. è necessaria una formazione dei medici di medicina generale/cure primarie che consenta loro di sviluppare specifiche abilità comunicative e anche, mediante strumenti metodologici adeguati, un approccio transculturale capace di prestare attenzione ai bisogni del paziente;
3. dato l'emergere di disagi psicologici/disturbi psichiatrici nella popolazione marginale e tra i richiedenti asilo (in questo caso per la condizione di vulnerabilità presente prima del viaggio, durante il medesimo e nelle strutture di accoglienza), è necessario promuovere negli operatori di accoglienza le abilità di ascolto, anche del disagio psichico;
4. ai fini di permettere la continuità assistenziale verso persone fragili e multiproblematiche, si deve rafforzare la rete tra associazioni e istituzioni pubbliche;
5. devono essere promosse le azioni di prevenzione – ad esempio con *screening* oncologici e infettivologici –, riabilitazione e gestione della cronicità, e deve essere favorito l'accesso alle cure odontoiatriche.

Bibliografia: allamana@gmail.com

ANELLI MANCANTI

Via Palazzuolo 8, Firenze
Tel. 055 2399533

ASSOCIAZIONE NICCOLÒ STENONE

Via del Leone 35, Firenze
Te. 055 214994

CORSI E CONVEGNI: Scienza dell'alimentazione: nutrigenetica, nutrigenomica, nutraceutica ed epigenetica

Il corso di perfezionamento, promosso dal Dipartimento di Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche dell'Università di Firenze, si svolgerà presso le aule di Via Laura 48, Firenze, nei **giorni 23 e 24 marzo e 13 e 14 aprile 2018**.

Il bando e le modalità di iscrizione sono reperibili su: www.unifi.it/cmpro-v-p-10909.html#scie.

Le iscrizioni termineranno il **13 marzo 2018**.

Al corso sono riconosciuti **5 CFU** (Crediti Formativi Universitari); il corso rilascia anche **crediti ECM** (30-35) a coloro che, in possesso dei requisiti, ne faranno richiesta.

Per informazioni potete rivolgervi a: Luigia Pazzagli: luigia.pazzagli@unifi.it (per iscrizioni)

Livia Ferrandina: lf@mcrconference.it (info su ecm) - Annalisa Olivotti: a.olivotti@libero.it

Ufficio perfezionamento: master-bio@unifi.it

Implementazione del *Padua Score* e dello *Score Improve*

Cosa cambia nella profilassi del TEV in Medicina Interna?

di Annamaria Bellizzi, Gianluigi Palombi, Maria Boddi, Domenico Prisco

Nella scelta dei pazienti da sottoporre a tromboprofilassi, le Linee Guida della Regione Toscana hanno recentemente sostituito la Scheda FADOI con gli *Score Padua* e *Improve*. L'applicazione retrospettiva evidenzia una riduzione dei pazienti eligibili per profilassi ed evidenzia il valore prognostico del *Padua Score*, in quanto capace di intercettare le comorbidità.

Parole chiave:
tromboprofilassi, *Padua Score*, *Score Improve*

Introduzione

I dati della letteratura relativamente alla profilassi del tromboembolismo venoso in medicina interna non sono sempre coerenti. Al fine di superare tali discrepanze nella pratica clinica, la Regione Toscana, a partire dal 2011, ha definito proprie Linee Guida nella profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati. Nella prima edizione,

pubblicata nel 2011, per la profilassi nel paziente internistico, si fa riferimento all'esperienza della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) della Toscana e della Campania. Tale protocollo prevede la compilazione di una scheda per il riconoscimento dei pazienti ad alto rischio.

Il gruppo di lavoro per l'aggiornamento 2016 ha adottato il *Padua Score* ai fini della valutazione del rischio tromboembolico e lo *Score Improve* per la stima del rischio emorragico. Scopo di questo studio è verificare retrospettivamente le conseguenze dell'applicazione del *Padua Score* e dello *Score Improve* in sostituzione dello score attuale.

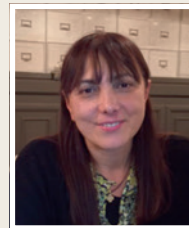
Materiale e metodi

Lo studio ha valutato, retrospettivamente, un gruppo di pazienti ricoverati per qualsiasi motivo nel Reparto di Medicina del Presidio Ospedaliero di Piombino da dicembre 2015 a maggio 2016.

Esclusi: pazienti in trattamento anti-coagulante per altra patologia, ricoverati per tromboembolismo venoso o per emorragia in atto o sospetta, o non sottoposti a profilassi, coerentemente con i risultati ottenuti dall'attuale scheda di valutazione.

Gruppi determinati da:

1. applicazione della scheda di valutazione del tromboembolismo venoso (scheda TEV) attualmente in uso, che raccomanda la profilassi per pazienti con valore $>2,5$ (gruppi A e B);



ANNAMARIA BELLIZZI
Laurea in Medicina e Chirurgia. Specializzazioni in Medicina Interna e in Reumatologia. Master in Trombosi ed Emostasi. Dirigente medico dal 1° ottobre 1997 UO Medicina Interna, attualmente in servizio presso il Presidio Ospedaliero di Piombino

GIANLUIGI PALOMBI
Dirigente medico UO Medicina Interna, Presidio Ospedaliero di Piombino

MARIA BODDI, DOMENICO PRISCO
Dipartimento Universitario Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

2. applicazione degli *Score Padua* e *Improve*, che raccomanda la tromboprofilassi in caso di coesistenza di valori >4 e >7 rispettivamente (gruppi C e D).

- Gruppo A: pazienti con valore $>2,5$ sottoposti a profilassi.
- Gruppo B: pazienti con valore $>2,5$ non sottoposti a profilassi.
- Gruppo C: pazienti con *Padua Score* >4 , suddivisibile in altri 2 gruppi in conseguenza dell'applicazione dello *Score Improve*:
 - gruppo C1, *Padua Score* >4 e *Score Improve* >7 eligibili per profilassi TEV;
 - gruppo C2, *Padua Score* >4 e *Score Improve* >7 eligibili per profilassi, ad alto rischio di sanguinamento.
- Gruppo D: *Padua Score* >4 non eligibili per profilassi.

È stata quindi confrontata la mortalità, con il metodo del chi-quadrato, al ricovero e a 6 mesi fra: a) gruppi A e B; b) gruppi C e D. Infine, è stato effettuato il confronto fra i dati di mortalità dei pazienti in base ai valori del *Padua Score*: *Padua Score* >4 , *Padua Score* fra 4 e 7, *Padua Score* >7 .

Risultati

Cartelle cliniche prese in visione: 302.

Gruppi di pazienti	Mortalità ospedaliera	Mortalità a 6 mesi
Gruppo A (Scheda TEV >2,5)	20/191 (10,47%)	75/191 (40%)
Gruppo B (Scheda TEV >2,5)	1/39 (2,56%)	2/39 (4,8%)
Gruppo C (<i>Padua Score</i> >4)	19/146 (13%)	67/146 (45,9%)
Gruppo C1 (<i>Score Improve</i> >7)	11/114 (9,6%)	44/114 (38,6%)
Gruppo C2 (<i>Score Improve</i> >7)	8/32 (25%)	23/32 (71,8%)
Gruppo D (<i>Padua Score</i> >4)	2/84 (2,38%)	10/84 (11,9%)

Gruppo A/Gruppo B: mortalità ospedaliera: $\chi^2=2,44059$, differenza non significativa statisticamente; mortalità a sei mesi: $\chi^2=16,94886$, differenza statisticamente significativa. Gruppo C/Gruppo D: mortalità ospedaliera: $\chi^2=7,265831$, differenza statisticamente significativa; mortalità a sei mesi: $\chi^2=27,6547$, differenza statisticamente significativa.

Tabella 1

Cartelle cliniche esaminate: 244.

In tutte le cartelle cliniche era reperibile la Scheda TEV. Un valore >2,5 era presente in 196 pazienti (80,3%). I gruppi di pazienti individuati in base alla Scheda TEV e agli *Score Padua* e *Improve* e i dati relativi di mortalità sono riportati nella Tabella 1.

La suddivisione in gruppi di mortalità in base ai valori del *Padua Score*: *Padua Score* >4, fra 4 e 7 e >7 ha evidenziato a 3 e a 6 mesi una mortalità crescente (Figura 1).

Il confronto di mortalità, effettuato a 3 e 6 mesi, con il test del chi-quadrato fra i vari gruppi, è sempre risultato statisticamente significativo.

Discussione

La Regione Toscana ha messo in campo una strategia di prevenzione del TEV inserendo nelle cartelle cliniche dei Reparti di Medicina la scheda di profilassi nata dall'esperienza FADOI. I pazienti ricoverati che, in base ai dati ricavati dalla scheda in uso al momento, necessitavano di trombofilassi erano l'80,3% (196/244).

Se ricalcoliamo i pazienti con tale indicazione, in base all'applicazione

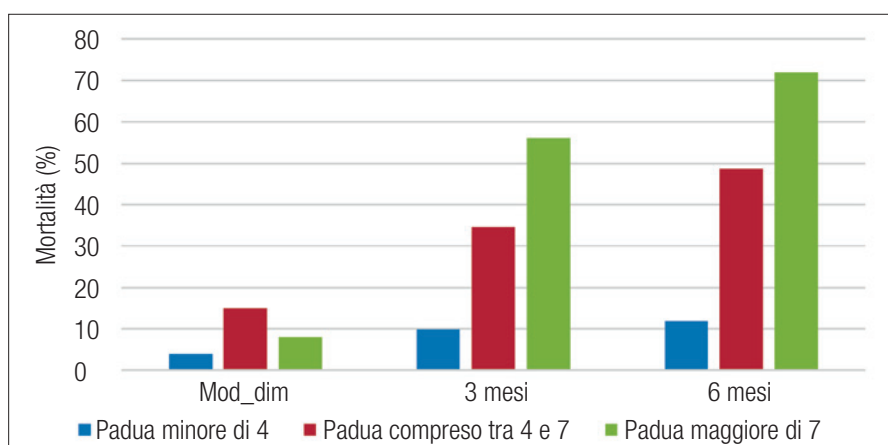


Figura 1 – Gruppi di mortalità secondo i valori del *Padua Score*.

del *Padua Score*, il numero si riduce al 63,47% (147/244).

Nello studio di validazione del *Padua Score*, il numero di pazienti con indicazione alla profilassi era del 39,7% su un totale di 1.180 pazienti.

A giustificare tale discrepanza va il tipo di pazienti che si ricoverano in una medicina periferica: anziani con polipatologia, spesso già allettati.

Il dato interessante è il valore prognostico del *Padua Score*.

Questo studio ha evidentemente molti limiti: natura retrospettiva, esiguità del campione analizzato. Tutta-

via sembra di poter concludere che lo sforzo della Regione Toscana di diffondere, attraverso Linee Guida dedicate, la coscienza del problema abbia prodotto un esito positivo.

Verosimilmente, applicando gli *Score Padua* e *Improve*, sarà sottoposto a trombofilassi un numero minore di pazienti sia per una migliore selezione effettuata con il *Padua Score* sia per una maggiore attenzione riservata al rischio emorragico con

l'applicazione dello *Score Improve*.

I dati sulla mortalità evidenziano anche una prognosi peggiore nei pazienti sottoposti a trombofilassi in base al valore del *Padua Score* rispetto a quello attualmente utilizzato. Il *Padua Score* sembrerebbe poter adempiere sia al ruolo di *score* di predittività di TEV sia a quello di mortalità a breve e lungo termine. Ciò evidentemente in relazione alla capacità di riflettere le comorbilità.

abellizzi@alice.it

NUOVO SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

È attivo e online il nuovo sito internet che l'Ordine di Firenze dedica interamente a "Toscana Medica", la prestigiosa rivista fondata nel 1983 da Giovanni Turziani, che adesso si presenta ai lettori anche con questa nuova "veste": un sito tematico che raccoglie gli articoli pubblicati su ogni numero della rivista, organizzati in rubriche e facilmente consultabili, stampabili, linkabili e ricercabili per diverse chiavi di ricerca. Ovviamente non manca l'offerta della rivista "per intero", in formato PDF o sfogliabile, con la veste grafica identica all'originale cartaceo, che può essere consultata a video, salvata in locale o stampata. Tutti i nostri lettori sono invitati a consultare il sito www.toscanamedica.org del quale si auspica che verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per tablet e smartphone) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative, che saranno le benvenute! **info: a.barresi@omceofi.it**

Linee Guida: la difficile applicazione della legge Gelli/Bianco

di Fernando Prattichizzo



FERNANDO PRATTICHIZZO
Dirigente Medico SOC Medicina Interna 2,
Empoli, Azienda Sanitaria Toscana Centro

L'articolo 590-*sexies* del codice penale esclude la punibilità quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle Linee Guida, sempre che risultino adeguate alle specificità del caso. I problemi applicativi derivano dalla graduazione delle raccomandazioni, dalla necessità di adeguarle al caso, dal discredito gettato sui *trials*, dalle migliori prospettive decisionali che garantirà la *Real World Evidence*.

Parole chiave:

medicina legale, responsabilità professionale, Linee Guida, *trials* clinici, *Real Evidence Based Medicine*

L'articolo 7 della legge 8 marzo 2017 n. 24, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*, ha introdotto nel codice penale il nuovo articolo 590-*sexies*, rubricato *Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario*. Cancellando ogni riferimento al problematico concetto di colpa grave, pre-

visto dall'articolo 3 della precedente legge Balduzzi, e facendo operare la sola scriminante della colpa – che sia grave o lieve – per imperizia, quindi lasciando immutata la responsabilità penale per negligenza o imprudenza, il comma 2 del nuovo articolo 590-*sexies* c.p. prevede che: “qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto”.

Nell'articolo 5, infatti, la legge prevede per gli esercenti le professioni sanitarie l'obbligo di attenersi alle raccomandazioni previste dalle Linee Guida pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati, nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della nuova legge e da aggiornare con cadenza biennale. L'Istituto Superiore di Sanità pubblicherà in rete le Linee Guida e i successivi aggiornamenti, previa verifica della conformità della metodologia adottata a *standard* definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni. A questo punto iniziano i problemi interpretativi, giacché le raccomandazioni dettate dalle Linee Guida sono graduate col metodo ABCD, in base al tipo di studio relativo all'argomento in esame, o col metodo GRADE, che

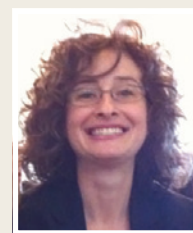
fornisce raccomandazioni “forti” o “deboli”, utili soprattutto per settori, come la diagnosi e la chirurgia, ove i *trials* clinici randomizzati sono rari. Inoltre, la giurisprudenza di Cassazione ha da tempo statuito che le Linee Guida e le buone pratiche non hanno natura di norme cautelari, perché si tratta di direttive generali, istruzioni di massima, che vanno necessariamente applicate e modellate al caso concreto, potendo quindi il comportamento del medico risultare colposo, anche quando perfettamente rispettoso delle predette indicazioni scientifiche. Per giunta, in tempi non sospetti, e cioè prima della Brexit, eminenti riviste scientifiche londinesi avevano gettato discredito sugli studi clinici randomizzati e controllati. Nel 2014, sul *British Medical Journal*, Trisha Greenhalgh dichiarò la crisi della Medicina Basata sulle Evidenze per numerose e gravi problematiche. Nel 2015, su *The Lancet*, Richard Horton dichiarò che metà della letteratura scientifica potesse essere semplicemente falsa e propose provocatoriamente di abbassare il livello statistico di significatività della “p” per i risultati degli studi da 0,05 a quello impiegato nella fisica delle particelle, detto sigma 5 (1 su 3,5 milioni). Di recente la Società Italiana di Farmacologia ha indicato la *Real World Evidence* come il futuro per la Sanità. Per valutare l'efficacia dei farmaci, programmare l'assistenza sanitaria e i percorsi diagnostico-terapeutici, i decisori pubblici, i clinici, le agenzie regolatorie e le aziende farmaceutiche si gioveranno maggiormente dei dati del mondo reale, ottenibili dalle banche-dati, sempre che i dati grezzi vi siano correttamente inseriti. Insomma, tanto rumore legislativo per nulla?

fernando.prattichizzo@uslcentro.toscana.it

SMS, MMS, WhatsApp, iMessage...

lettura diagnostica e scrittura terapeutica dei messaggi nella pratica psicoterapeutica e medica

di Erica Eisenberg, Gianmarco Manfrida, Valentina Albertini



ERICA EISENBERG

Psicologa, psicoterapeuta, docente della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia per medici e psicologi "Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale di Prato", socio clinico della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale S.I.P.P.R.

GIANMARCO MANFRIDA

Medico psichiatra, psicoterapeuta, Direttore Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale di Prato, past President della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale

VALENTINA ALBERTINI

Psicologa, psicoterapeuta, docente del Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale di Prato, Commissione Ricerca della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale

I messaggi telefonici (SMS, WhatsApp...) possono rappresentare un sostegno all'attività clinica non solo per gli psicoterapeuti ma anche per i medici, garantendo reperibilità, sostegno nelle situazioni gravi, riduzione della frequenza degli incontri e lasciando discrezionalità al professionista, a cui grammatica e sintassi dei messaggi consentono letture diagnostiche e interventi psicologici.

Parole chiave:

comunicazione medico-paziente, SMS e WhatsApp, lettura diagnostica, scrittura terapeutica, psicoterapia

Le modalità di interazione tra professionista e cliente mutano col mutare dei tempi. Sempre più spesso oggi il professionista comunica con il cliente attraverso il

cellulare con servizi di messaggistica istantanea: il contatto è diretto, continuo e veloce, ma anche immediatamente interattivo.

Qual è la differenza tra SMS/MMS, iMessage e WhatsApp?

Con SMS/MMS si possono inviare messaggi di testo e foto ad altri telefoni cellulari utilizzando il credito telefonico della SIM. Con iMessage si possono inviare gratuitamente messaggi di testo e foto a un altro dispositivo iOS tramite Wi-Fi; stesso discorso per WhatsApp e simili, disponibili non solo su iOS ma anche su Android, Windows Phone, BlackBerry.

Da tempo noi proponiamo agli psicoterapeuti l'impiego dei messaggi SMS e WhatsApp in forma di appoggio alla psicoterapia, esaminandone le caratteristiche comunicative non solo a livello di trasmissione di dati ma anche di emozioni.

I messaggi inviati da telefoni cellulari possono rappresentare una risorsa terapeutica, consentendo di garantire reperibilità, di sostenere situazioni gravi, di prolungare il potere della relazione terapeutica estendendo l'intervento oltre il limite temporale della seduta, di rendere possibile una riduzione della frequenza degli incontri. Le conclusioni di molti studi confermano l'utilità di un uso consapevolmente psicoterapeutico dei messaggi all'interno di una terapia, valorizzando anche la flessibilità dello strumento, che pare prestarsi sia a scopi di comunicazioni pratiche, che di sostegno, che di intervento terapeutico tanto conciso quanto incisivo.

La grammatica, la sintassi, gli *emojicons* (le "faccine" e le illustrazioni...) dei messaggi consentono letture diagnostiche e interventi terapeutici.

Il modo in cui SMS e WhatsApp sono scritti non deve essere mai considerato casuale, sia per quelli che arrivano, sia per quelli che vengono inviati dal curante. Un testo scritto tutto in maiuscole o interrotto da un eccesso di puntini sospensivi sembra ben adeguato a una diagnosi di personalità istrionica: contiene quindi già un suggerimento diagnostico. Molti messaggi inoltre raggiungono i curanti senza essere firmati, come se il paziente avesse la pretesa di essere immediatamente riconosciuto o ancor meglio unico; rispondendo con un messaggio che segnala solo la mancanza della firma, si ristabilisce subito un principio di realtà. Il fatto che il nome dell'inviante possa essere indicato dal telefono non toglie significatività a questa osservazione, perché il cliente non è autorizzato a presumere di essere incluso nella rubrica del terapeuta.

Talora i messaggi ricevuti conten-

gono incongruenze e contraddizioni che possono essere segnalate subito ed esaminate successivamente in terapia, in modo da creare una attivazione nel paziente.

Un uso “espressivo” se non consciamente retorico dei messaggi è testimoniato anche dall’uso della punteggiatura, come nel seguente esempio, in cui si apprezza come la paziente tenga a comunicare la notizia in modo emozionante: “Ciao, sono Cristina ... ho una novità ... sono incinta di circa otto settimane. Evidentemente ho sbagliato i conti!”.

Anche il curante per ogni SMS ricevuto deve fare delle scelte stilistiche di risposta adeguate al contenuto, in modo da rafforzarlo con elementi persuasivi: per rispondere a una disdetta, ad esempio, può scegliere un tono neutro o uno preoccupato o perfino indifferente, a seconda del significato che le attribuisce, al momento della terapia, alle sue intenzioni relative all’ intervento.

Ricorrere al nome del paziente può essere una maniera per trasmettere maggiore “personalizzazione” al messaggio, rendendo meno fredda la parola scritta. Anche la collocazione del nome può esprimere sfumature diverse, ad esempio: “Giovanni,

ha proprio fatto una cavolata” è più comprensivo e meno accusatorio di “Ha proprio fatto una cavolata, Giovanni!”, dove la contiguità alla fine della frase e il punto esclamativo sembrano implicare una tirata d’orecchi piuttosto che consolatoria solidarietà. Quest’ultima invece può essere accentuata semplicemente con l’uso della punteggiatura: “Giovanni, ha proprio fatto una cavolata ...”.

L’organizzazione della frase, la distribuzione delle parole, la punteggiatura, il suono evocato alla lettura danno al messaggio scritto quell’aspetto connotativo di significato che appartiene alla componente analogica, espressiva, emotiva del linguaggio.

Che il terapeuta firmi sempre i suoi messaggi, per esteso o con una sigla, non è solo un debito di cortesia e un segno di educazione: la conclusione firmata rappresenta un marcatore di contesto, indica che si tratta di un messaggio interno a un rapporto professionale, riducendo i rischi di un eccesso di confidenza.

Nel caso che il curante ritenga di ricevere troppi messaggi e voglia sottolinearlo, può utilizzare diverse maniere: rispondere con un SMS che rimarca l’eccesso, non rispondere o rispondere solo dopo un tempo ade-

guato a far temere al paziente di aver esagerato, conservare i messaggi nella memoria del cellulare e utilizzarli per farne argomento di lavoro sulla relazione ...

Per il curante la scelta dei termini appropriati a creare nel paziente l’effetto psicologico voluto è un impegno di grado variabile ma da non sottovalutare: un semplice incoraggiamento è comunque diverso se espresso con “Brava!” o con “A presto.” Una battuta o un commento spiritoso possono confermare una particolare intesa in certe situazioni, ad esempio: “Complimenti, un risultato di prestigio che le porterà credito e ... clienti!”; in altre, è opportuno usare espressioni più generiche, ad esempio: “Mi fa piacere che abbia ottenuto un così buon risultato”.

Gli SMS poi possono essere corredati di *emoticons*, figurine più o meno allegre che fanno parte di un codice condiviso di comunicazione; inseriti nei messaggi, specificano la posizione emotiva dell’inviante evitando il rischio di equivoci. “Dottore, la odio!” assume un diverso significato se seguito da ☺ o da ☹ ☹ ☹!

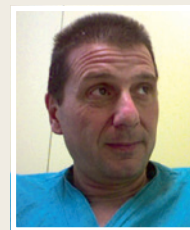
gmmanfrida@gmail.com



Processo di donazione da donatore a cuore fermo (DCD)

Una grande opportunità di crescita e di collaborazione tra emergenza, area critica e trapianti

di Adriano Peris



ADRIANO PERIS
Coordinatore Regionale Trapianti
della Regione Toscana, Firenze

Le gravi insufficienze d'organo richiedono molto spesso il supporto trapiantologico e attualmente i donatori in morte encefalica sono caratterizzati da una età media superiore ai 60 anni e dalla presenza di comorbidità che limitano sensibilmente, per alcuni organi, la possibilità di poter essere trapiantati. Il ricorso al trapianto di organi provenienti da donatori dichiarati deceduti con il criterio cardiaco apre prospettive molto interessanti e infatti in alcune realtà europee, dove sono operativi programmi di donazione a cuore fermo, il *gap* tra organi disponibili e bisogni derivanti dalle insufficienze d'organo viene controllato in modo migliore.

L'organizzazione di una procedura di donazione a cuore fermo richiede la stretta collaborazione tra il sistema 118 e l'organizzazione ospedaliera che deve assicurare la presa in carico della casistica, la perfusione degli organi in situ e la loro successiva perfusione *ex-vivo*. Le reti delle patologie tempo dipendenti offrono un contesto di collaborazione operativa utile allo sviluppo di questa modalità di donazione.

Parole chiave:
emergenza sanitaria,
insufficienza d'organo, rianimazione
cardiopulmonare, donazione a cuore
fermo, trapianto

Nel 2014 la Regione Toscana ha avviato, in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti, un progetto presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi attraverso il quale sono state gettate, dopo approvazione del Comitato Eti-

co, le basi logistiche e organizzative della donazione a cuore fermo. Tale procedura viene attivata dopo accertamento della morte effettuato con criterio cardiologico (*deceased after cardiac death-DCD*), che prevede in Italia un periodo di osservazione di 20 minuti (*no-touch period*) seguito, per il solo prelievo degli organi splancnici, da una perfusione loco-regionale degli organi in situ con circolazione extracorporea e, per il polmone, il loro mantenimento in situ attraverso la perfusione ipotermica intrapleurica prima del loro prelievo.

In Europa e in Nord America il ricorso ai donatori a cuore fermo è praticato, anche se eterogeneamente, e in alcune realtà arriva a ricoprire circa il 30% del contingente dei donatori, rappresentando in questo modo una risorsa integrativa rispetto alla donazione dopo accertamento di morte encefalica (*deceased after brain death-DBD*). Mentre la procedura accertamento morte encefalica si svolge all'interno di una terapia intensiva e dipende dalle procedure di accesso e dalla logistica di una singola struttura, la procedura a cuore fermo, per la sua piena attuazione, richiede una organizzazione in rete e di percorso molto precisa e fluida in quanto, a differenza del donatore in morte encefalica, è necessario condurre a termine il prelievo di organi entro le 4-6 ore dal momento di insorgenza dell'arresto cardiaco. È stata quindi essenziale la piena collaborazione del



Coordinamento Locale di Careggi con il sistema 118 di Firenze, il pronto soccorso, anestesia e rianimazione, la cardiologia, la cardiocirurgia, la chirurgia del trapianto di rene, di fegato e di polmone, il laboratorio e la centrale CRAOT e con i familiari dei donatori. La casistica clinica comprende donatori compresi nella Categoria II di Maastricht, che si riferisce ai decessi di persone rianimate da arresto cardiaco sul territorio e non rispondenti al trattamento, in codice *non-controlled* in quanto provenienti da ambiente extraospedaliero. È compresa anche una ulteriore categoria di potenziale interesse donativo a cuore fermo riguardante i pazienti ricoverati presso un reparto di terapia intensiva che in seguito ad arresto cardiaco possono essere avviati al processo di donazione (in codice *controlled*). In questa seconda modalità di donazione a cuore fermo, la complessità tecnico-operativa è minore rispetto alla precedente (*non-controlled*), ma maggiori sono le implicazioni di ordine bio-etico e le problematiche relative alla funzione degli organi prelevati evidentemente in un contesto intensivo. Il programma avviato presso il centro di prelievo di AOUC è stato progettato in modo tale che fosse possibile garantire queste due modalità gestionali del percorso donativo a cuore fermo. L'attuazione del programma di dona-

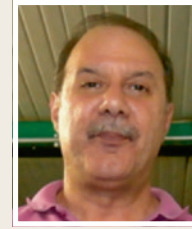
zione a cuore fermo ha prodotto nella nostra Regione risultati in termini di donazione e di trapianto e infatti, al momento, sono state attivate presso AOUC 22 procedure di donazione a cuore fermo (19 di tipo II e 3 di tipo III), che hanno prodotto 16 donatori effettivi, di cui 3 multiorgano con 14 trapianti di rene e 2 di fegato; un polmone è stato prelevato, ricondizionato a Siena, ma non trapiantato. Nello stesso periodo di tempo, la rete nazionale trapianti ha prodotto 49 segnalazioni di donatore a cuore fermo con AOUC primo ospedale di prelievo. Il programma richiede una altissima integrazione degli operatori coinvolti nelle varie fasi; l'elemento di valore in questa esperienza è la stretta collaborazione tra i vari professionisti, già dalla fase di emergenza coinvolti in un percorso primariamente cardiologico-intensivologico che esita molte volte in interventi terapeutici risolutivi e che comunque, in caso di fallimento, prevede una sua evoluzione nel braccio del *procurement* di organi. In questo modo, il sistema nel suo insieme si abitua in emergenza e in pronto soccorso alla gestione collaborativa delle gravi disfunzioni d'organo e infatti la protezione della funzione d'organo è oramai un obiettivo che deve essere anticipato ed esteso al di fuori delle terapie intensive. Un altro indubbio vantaggio di questo percorso innova-

tivo riguarda gli effetti positivi indotti sulla selezione di tecniche chirurgiche innovative: un organo prelevato da un donatore a cuore fermo è un organo inizialmente disfunzionante in quanto interessato da una fase di ipoperfusione e ischemia, quindi richiede una assoluta precisione chirurgica per evitare ulteriori complicazioni e, in questa prospettiva, la modalità di chirurgia robotica introdotta presso AOUC nel trapianto di rene può svolgere un ruolo ulteriormente protettivo dell'organo. Il programma condotto da OTT interessa anche l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese, dove il progetto è in via di realizzazione in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Sud-Est e dove il Centro Trapianti di Rene ha già trapiantato organi da donatore a cuore fermo prelevati in AOUC; esiste poi un programma per il prelievo di polmone in vari ospedali territoriali della Regione compresa l'Area Nord-Ovest e sono presenti condizioni favorevoli a una estensione della casistica sia attraverso l'impiego del servizio di elisoccorso che con il coinvolgimento di sistemi 118 dotati di massaggiatori automatici come, al momento, l'area pistoiese.

aperis@libero.it

Ossigeno-Terapia Iperbarica e autismo: risultati su 229 pazienti trattati

di Roberto Vecchione, Nadia Picariello, Marco Da Campo, Mario Bigazzi



ROBERTO VECCHIONE
Specialista in Pediatria. Esperto Iperbarico. Collabora col Centro Iperbarico Nautilus dell'Istituto Prosperius di Firenze dal 1990. Dal 2009 si occupa del trattamento di bambini nello spettro autistico con Ossigeno-Terapia Iperbarica a bassa pressione

NADIA PICARIELLO
Specialista in Psicopedagogia Relazionale, Firenze

MARCO DA CAMPO
Dottore in Ingegneria, Firenze

MARIO BIGAZZI
Specialista in Endocrinologia, Firenze

I disturbi dello spettro autistico hanno assunto caratteristiche epidemiologiche allarmanti. Riteniamo, dalla nostra pluriennale esperienza, che l'Ossigeno-Terapia Iperbarica a bassa pressione sia un trattamento molto efficace per migliorare lo stato clinico di questi pazienti e in particolare alcuni sintomi cognitivo-comportamentali.

Parole chiave:

Ossigeno-Terapia Iperbarica, spettro autistico, *neuroimaging*, ATEC, ipossia

Introduzione

Nell'articolo di Toscana Medica del maggio 2013 sono stati pubblicati i nostri dati osservazionali riguardanti 100 bambini affetti da disturbo dello spettro autistico (DSA) trattati con ossigeno iperbarico (OTI). Il nostro percorso di studio si è concluso, dopo lunga e meticolosa ricerca scientifica, con

una pubblicazione sulla rivista IJCR (www.journalcra.com) nel maggio 2016. Nell'articolo *Low pressure hyperbaric oxygen therapy in autism spectrum disorders: a prospective randomized study of 30 children* (Vecchione R, Picariello N, Haidar Hassan K, et al., 2016) sono stati rilevati miglioramenti di molteplici aree e sintomi.

Materiali e Metodi

È stata utilizzata una camera iperbarica multiposto. Per la respirazione dell'ossigeno ci siamo avvalsi di appositi caschetti e i trattamenti sono stati eseguiti alla pressione di 1,5 ATA (atmosfera assoluta) al 100% di ossigeno, in accordo con i criteri indicati nella letteratura scientifica da K. Holbach (1977). La "compensazione" è stata eseguita mediante la deglutizione di piccoli sorsi d'acqua. Ogni bambino è stato accompagnato da un genitore precedentemente istruito. Le valutazioni sono state effettuate con 8 scale psicometriche somministrate prima, durante e dopo un ciclo di 40 sedute di OTI.

Risultati

I trattamenti si sono rivelati sicuri e ben tollerati. Tutti i bambini hanno portato a termine il protocollo a loro assegnato. I risultati migliori riguardano: linguaggio recettivo, abilità visuo-motorie, alcuni aspetti cognitivi (in particolare l'abilità di passare da un'attività a un'altra), irritabilità, ritiro sociale, iperattività, linguaggio inappropriato, stereotipie, comunicazione e abilità quotidiane. Sono stati ottenuti risultati

confortanti anche su sintomi fisici/problemi comportamentali: stipsi, diarrea, controllo sfinterico, rigidità della routine e qualità del sonno. Sono inoltre migliorati i livelli di attenzione e di presenza.

Lo studio attuale

Dal giugno 2009 a oggi abbiamo effettuato circa 25.000 trattamenti di bambini nello spettro autistico, per un totale di 229 bambini, con protocolli differenti per numero di sedute. Esponiamo nella Tabella 1 i risultati derivati dall'analisi comparativa della Scala ATEC (*Autism Treatment Evaluation Check-List*) prima e dopo il trattamento di 157 bambini (126 maschi e 31 femmine) che hanno effettuato il protocollo di 40 sedute.

L'ATEC è utilizzata in numerosi studi; si tratta di un questionario sviluppato dall'*Autism Research Institute* per monitorare i cambiamenti fra prima e dopo l'esecuzione di una terapia nei bambini autistici. Le aree esaminate sono: Parola/Linguaggio/Comunicazione, Socializzazione, Coscienza cognitiva/sensoriale, Sintomi Fisici/Problemi comportamentali. Le valutazioni sono espresse sotto forma di punteggio numerico: più basso è

Sesso	N°	Età	Non responders	Slow responders	Fast responders	Var. % slow responders	Var. % fast responders
Maschi (M)	126	6,6±3,0	7 (5,6%)	33 (26,2%)	86 (68,3%)	-10,0%	16,7%
Femmine (F)	31	6,7±3,7	0	12 (38,7%)	19 (61,3%)	-12,2%	11,5%
Gruppo (M+F)	157	6,6±3,2	7 (4,5%)	45 (28,7%)	105 (66,9%)	-10,7%	15,7%

Tabella 1 – Risultati complessivi.

il punteggio ottenuto, più quell'area specifica risulta migliorata.

Il 68,3% dei maschi e il 61,3% delle femmine (*fast responders*) manifestano miglioramenti rispettivamente del 16,7% e dell'11,5%. Il 26,2% dei maschi e il 38,7% delle femmine (*slow responders*) manifestano risultati positivi o stazionari più lentamente. Infatti, in questo sottogruppo, compare un aumento dell'iperattività durante il trattamento, che si attenua dopo circa 20-30 giorni: ciò influenza negativamente la compilazione del test. In particolare, le femmine rispondono con minore intensità, probabilmente per diversità legate al genere. Il 4,5% del gruppo non mostra variazioni cliniche. I miglioramenti sono stabili nel tempo.

Discussione

L'Ossigeno-Terapia Iperbarica consiste nella respirazione di ossigeno al 100% a pressioni superiori a 1 ATA, in un ambiente denominato camera iperbarica. È stato determinato che le patologie neurologiche, come i disturbi dello spettro autistico, possano essere trattate a bassa pressione. Gli studi di Holbach hanno stabilito infatti che 1,5 ATA al 100% di ossigeno sono i parametri ottimali per mettere la cellula nervosa nelle migliori condizioni metaboliche.

I disordini dello spettro autistico consistono in disturbi dello sviluppo neurologico che si manifestano prima dei tre anni di vita e che colpiscono la sfera della relazione e della comunicazione, includendo atteggiamenti ripetitivi, ossessivi e stereotipati; molti pazienti affetti da disturbo dello spettro autistico manifestano in aggiunta alcuni sintomi fisici come diarrea cronica, stipsi ostinata, crisi epilettiche e

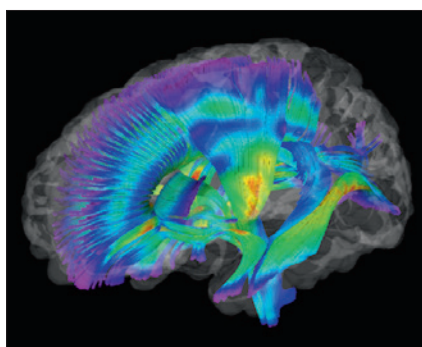


Figura 1 – DTI and Tractography. Da Wolf JJ, Gu H, Gerig G, et al. Am J Psychiatry 2012.

alterazioni del ritmo sonno-veglia. Le stime più recenti (CDC, 2014) riportano un'incidenza di 1:68 con rapporto maschi/femmine variabile da 3:1 a 8:1.

L'eziopatogenesi è tuttora pressoché sconosciuta. La *neuroimaging* di ultima generazione (PET, SPECT, fMRI, DTI) fornisce tuttavia importanti elementi sul tipo di alterazioni cerebrali che si riscontrano nella maggioranza dei bambini affetti da disturbo dello spettro autistico: essa evidenzia infatti come alcune aree di sostanza grigia siano ipossigenate e quindi metabolicamente meno attive, e come vi siano difetti di connettività a carico della sostanza bianca, rappresentati da aberrazioni sinaptiche (Figura 1). Le aree coinvolte sono direttamente collegabili ai sintomi e ai comportamenti dei bambini colpiti da disturbo dello spettro autistico. Superiori livelli di ossigenazione mettono le cellule nervose ipossiche nelle migliori condizioni di efficienza metabolica, permettendo loro di lavorare a livello mitocondriale in regime di glicolisi aerobica.

I risultati ottenuti sono legati ai meccanismi d'azione dell'Ossige-

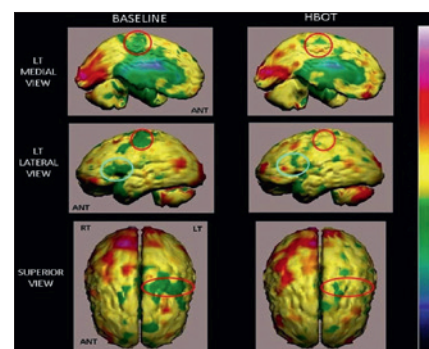


Figura 2 – Scansioni SPECT prima e dopo OTI. Da Efrati S, Golan H, Bechor Y, et al. Plos One 2013.

no-Terapia Iperbarica che, ampiamente documentati, sono rappresentati da:

- aumentata ossigenazione cerebrale (Figura 2);
- azione di neoangiogenesi e vasculogenesi;
- azione antinfiammatoria-antiedemigena;
- azione battericida e batteriostatica;
- azione immunomodulatrice;
- diminuzione dei livelli di stress ossidativo;
- azione di stimolo sulle cellule staminali endogene.

Conclusioni

Nella nostra esperienza l'Ossigeno-Terapia Iperbarica appare efficace nella maggioranza dei casi, sicura e priva di effetti collaterali in tutte le fasi di esecuzione e sui differenti pazienti. Pertanto la consideriamo utile e raccomandabile per le sue funzioni intrinseche e come terapia complementare agli altri trattamenti medico-terapeutici già utilizzati.

roberto_vecchione@libero.it

Roncopatia: nuovo trattamento laser ambulatoriale non invasivo

Uno studio prospettico su 39 pazienti

di Isabelle Fini Storchi, Stefano Benedicenti



ISABELLE FINI STORCHI
Laureata nel 1993, specializzata in Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-faciale e in Audiologia. Ha lavorato a Padova in Chirurgia Endoscopica delle Vie aeree superiori. Dirigente medico ospedaliero di 1° livello fino al 2011 nella Clinica Otorinolaringoiatrica dell'AOU di Careggi. Attualmente è Professore a contratto al Centro Dipartimentale di Laser Chirurgia e Laser Terapia dell'Università di Genova diretto dal professore Stefano Benedicenti ed è libero professionista Otorinolaringoiatra e Audiologo in Firenze

STEFANO BENEDICENTI
Professore associato di Malattie Odontostomatologiche, Università degli Studi di Genova

Oggi esiste un nuovo trattamento non invasivo effettuabile ambulatoriamente con Laser ad Erbium:YAG, che è risultato efficace per ridurre o fare cessare il russamento e migliorare svariati parametri indicatori della qualità del sonno.

Parole chiave:
russamento, laser, apnea, roncopatia, OSAS

Il russamento viene considerato, nell'immaginario comune, un fenomeno innocuo che può al massimo implicare problemi con il partner di letto. In realtà, oltre a poter creare anche gravi problematiche relazionali nelle coppie, può nascondere o evolvere, con il perdurare nel tempo, in una Sindrome delle Apnee durante il sonno (*Obstructive Sleep Apnea Syndrome*, OSAS), che non è oggetto del pre-

sente articolo ma di studi tuttora in corso per pubblicazioni successive. La terapia del russamento semplice (in assenza di apnee), oltre a prevedere le ben note norme di *lifestyle* (dimagrire in caso di sovrappeso, evitare alcolici o sedativi prima di dormire, anticipare l'orario della cena, dormire di fianco con il busto possibilmente sollevato ecc.) finora ha sempre previsto tecniche chirurgiche invasive e spesso anche dolorose, gravate da potenziali rischi o complicazioni. Un'alternativa non chirurgica in casi adatti può essere rappresentata da un *Oral Appliance* o MAD (dispositivo di avanzamento mandibolare), un "bite" antirussamento da portare tutte le notti il cui scopo è anteriorizzare la mandibola al fine di aumentare lo spazio aereo posteriore. Tuttavia il MAD risulta talora mal tollerato e ha una percentuale di *drop out* che varia dal 33 al 47%. Un nuovo trattamento non invasivo, effettuabile ambulatoriamente, efficace per ridurre o fare cessare il russamento è il trattamento delle zone sottoposte a vibrazione (palato molle, ugola, regioni tonsillari e base linguale, Figura 1) con Laser ad Erbium:YAG. Tale trattamento, essendo non ablativo e in modalità non-contact, non è doloroso: pertanto non richiede nessuna anestesia topica e può dunque essere effettuato ambulatoriamente (Figura 2). Il Laser ad Erbium:YAG ha lunghezza d'onda di 2.940 nm e particolare tropismo per l'acqua. Il

suo effetto è di produrre una contrazione del collagene e la sintesi di neo-collagene da parte dei fibroblasti per attivazione delle *heat shock proteins* (HSP 70). In poche parole, aumenta la "compattezza" delle strutture che prima vibravano durante il collabimento delle prime vie aeree, diminuendo o annullando il russamento stesso e si riduce lo spessore dei tessuti aumentando

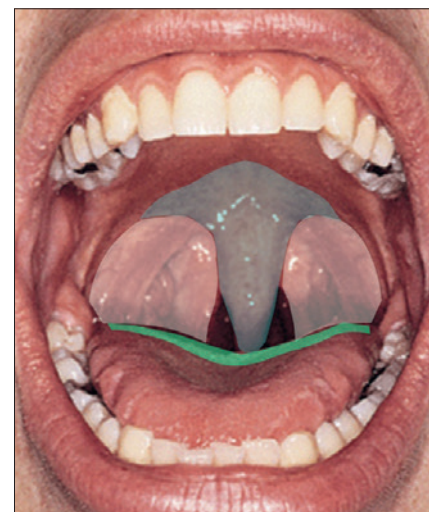


Figura 1 – Sedi trattate.



Figura 2 – Trattamento Laser ad Erbium:YAG ambulatoriale.

lo spazio aereo posteriore rino-orofaringeo. Infatti un articolo recente ha evidenziato, effettuando una *TC Cone Beam* pre- e post-trattamento con Laser ad Erbium:YAG, sia un aumento significativo dello spazio aereo orofaringeo che un aumento del volume aereo nel punto più ristretto dell'orofaringe.

Con tale trattamento, la bibliografia riporta una percentuale di successo nel far cessare o ridurre marcatamente il russamento che varia dall'85 al 90%, dunque percentuali di successo uguali o superiori a quelle degli interventi chirurgici per la roncopia. Inoltre la bibliografia evidenzia come il trattamento con Laser ad Erbium:YAG abbia assenza di effetti collaterali e di dolore, determini un miglioramento del grado di Mallampati, e come i pazienti trattati abbiano riportato nell'80% dei casi di respirare meglio ed essere più attenti e concentrati.

Dal gennaio 2015 a oggi è stato avviato, in collaborazione con il Centro Laser dell'Università di Genova, uno studio prospettico presso lo studio medico del primo autore in Firenze per trattare i pazienti roncopatici.

Nello studio sono stati inclusi 39 pazienti consecutivi che si sono presentati per il problema del russamento che creava problematiche

familiari o personali e che sono stati trattati con il Laser ad Erbium:YAG a 2.940 nm (SP Dualis, Fotona, Slovenia) in 3 sedute ambulatoriali della durata di circa 45 minuti a 0-15 e 45 giorni di distanza. I criteri di esclusione sono stati l'età pediatrica, le apnee centrali e la gravidanza.

Prima e dopo il trattamento sono stati valutati i seguenti parametri: ESS (*Epworth Sleepiness Scale*) per escludere eventuali apnee, circonferenza collo, BMI (*Body Mass Index*), grado di ipertrofia tonsillare da I a IV, morfologia velo-palatale con dimensioni indicative dell'ugola (dolicougola-megaugola), valutazione di eventuale LPR (*Laryngo-Pharynge-*

al Reflux), video-fibroscopia con Manovra di Muller modificata (FNMM) e rilevazione del grado di NOHL (N=naso; O=orofaringe; H=ipofaringe; L=laringe) da sdraiati, anche per poter definire i pazienti che avrebbero risposto meglio al trattamento, Mallampati, FTP (*Friedman Tongue Position*); inoltre, sono stati effettuati questionari per rilevare il grado di russamento, qualità del sonno, sonnolenza diurna, senso di gola secca al risveglio, cefalea al risveglio, *choking*. È stata eseguita una polisomnografia nei pazienti con un ESS alterato, *choking* o sospette apnee durante il sonno riferite dal partner di letto.

A tutti i pazienti con AHI >15 (o a coloro con AHI >5 con patologie cardiologiche, dismetaboliche o pneumologiche concomitanti) sono stati consigliati l'apposizione di c-PAP, il dimagrimento – se necessario –, e corrette abitudini mirate a evitare il russamento, oppure alternative chirurgiche tradizionali o apposizione di un MAD. Tuttavia, ognuna di queste alternative è stata rifiutata da tutti i pazienti, che hanno firmato un consenso informato prima del trattamento.

La "quantificazione" del russamento è stata effettuata con un *Visual Analog Scale* (VAS) (Figura 3) da 0 a 10. Esaminando i risultati, è stato osservato che nessun paziente ha ricevuto o richiesto un'anestesia locale in quanto il trattamento non è

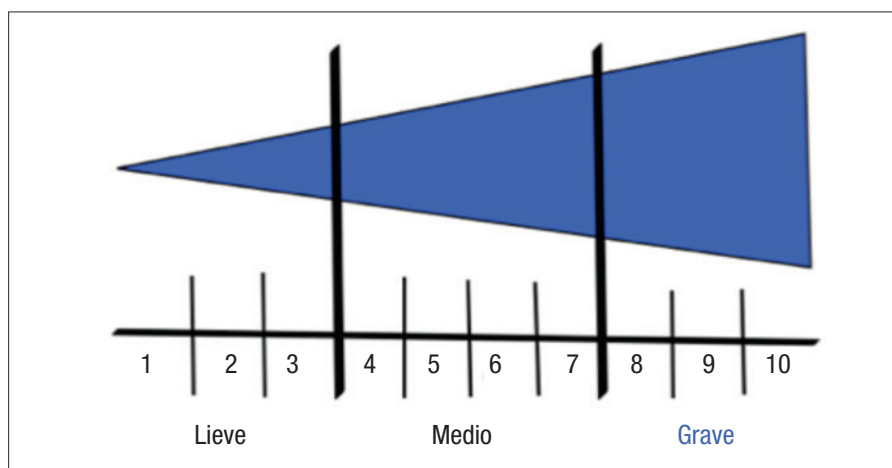


Figura 3 – VAS Russamento.

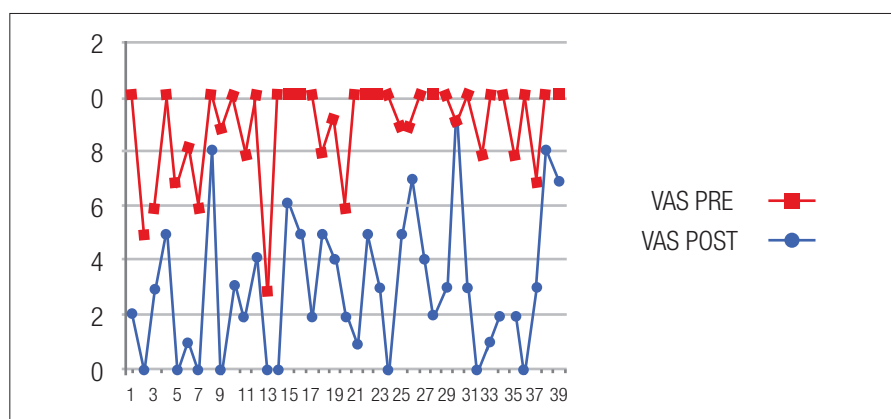


Figura 4 – VAS Russamento pre- e post-trattamento Laser.

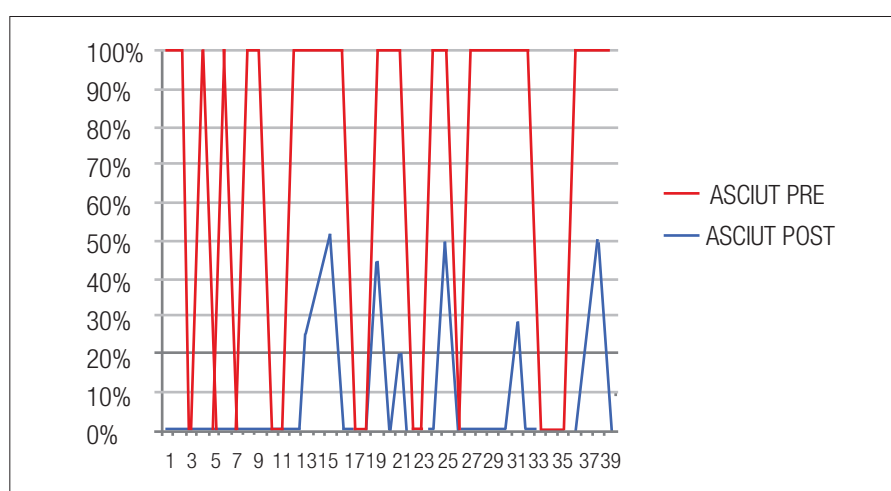


Figura 5 – Bocca asciutta al risveglio pre- e post-trattamento Laser.

stato doloroso né durante né dopo (al massimo ha evocato sensazione di calore sopportabile senza anestetico) e che non vi sono stati effetti collaterali successivamente.

La classe di Mallampati è risultata diminuita in modo statisticamente significativo dopo il trattamento Laser ($p=0,001$), così come la FTP e il grado di ostruzione orofaringea ("O" della classificazione NOHL) ($p=0,001$ per entrambe). Questo è stato confermato da una immediata sensazione di "maggiore spazio in gola" e da un miglioramento della respirazione riportato dopo il trattamento Laser nel 76,9% dei pazienti (30/39).

L'intensità del russamento è diminuita significativamente dopo il trattamento Laser: la mediana del VAS russamento riportata dai partner di

letto si è ridotta da 10 to 3 dopo il trattamento ($p<0,0001$) il che ha consentito alle 4 coppie che dormivano in letti separati di dormire di nuovo insieme (Figura 4). La sonnolenza diurna, valutata con ESS si è ridotta da una mediana di 4 a 2 ($p<0,0001$).

La qualità del sonno è migliorata in modo statisticamente significativo ($p<0,0001$) e anche la frequenza dei sogni è aumentata significativamente ($p<0,0001$). In particolare, 15 pazienti che non sognavano mai prima del trattamento hanno ricominciato a sognare subito dopo il primo trattamento Laser.

La secchezza della bocca al risveglio è significativamente diminuita ($p<0,0001$) (Figura 5), così come la difficoltà a svegliarsi la mattina ($p=0,0002$) e i risvegli durante la

notte a causa del rumore del russamento stesso ($p<0,0001$).

In 12/13 pazienti in cui era presente *choking*, tale fenomeno non si è mai più presentato dopo il trattamento (92,3%) ($p=0,0009$).

Dei 22 pazienti uomini sessualmente attivi, 9 (40,9%) hanno riportato un miglioramento delle prestazioni sessuali dopo il trattamento Laser.

I risultati positivi in termini di riduzione del russamento non sono stati condizionati dal BMI o dalla presenza di OSAS, risultando altrettanto efficaci anche nei pazienti obesi e in quelli con OSAS. Dei 22 pazienti con OSAS, solo 11 hanno accettato di eseguire una polisomnografia di controllo, essendo soddisfatti dei risultati ottenuti.

La valutazione di tali dati è tuttora in corso e riguarderà future pubblicazioni, essendo la roncopia semplice l'oggetto del presente articolo. A fine trattamento, i 39 pazienti sono stati sottoposti a un questionario sul grado di soddisfazione del trattamento: 34 pazienti (87,1%) hanno affermato di essere pienamente soddisfatti dei risultati ottenuti dal trattamento, 4 (10,2%) mediamente soddisfatti e solo 1 (2,5%) non soddisfatto.

Al *follow-up* dopo 14-20 mesi (media 20 mesi), il 71,9% dei pazienti soddisfatti del trattamento Laser ha affermato che i risultati in termini di riduzione del russamento si sono mantenuti stabili, il 15,6% ha riportato una perdita parziale dei risultati e solo il 12,5% ha perso i risultati ottenuti a una media di 18,5 mesi. A questi pazienti è stata proposta una nuova seduta Laser che non ha alcuna controindicazione. Nessun paziente ha riportato effetti collaterali a 20 mesi di *follow-up*.

In conclusione, la roncopia semplice può essere trattata ambulatoriamente con successo con Laser ad Erbium:YAG. Tale trattamento non necessita di alcuna forma di anestesia, non è doloroso e permette di evitare altri trattamenti più fastidiosi o invasivi.

Bibliografia: ifnistorchi@gmail.com

Le previsioni meteorologiche: capirle per meglio utilizzarle

di Simone Orlandini



SIMONE ORLANDINI
Centro di Bioclimatologia,
Università degli Studi di Firenze

Sempre maggiore importanza stanno assumendo le relazioni fra condizioni ambientali e salute. In questo ambito la conoscenza e la corretta interpretazione delle previsioni meteorologiche rappresentano il punto di partenza per l'adozione di comportamenti e azioni in grado di salvaguardare la salute della popolazione, soprattutto in riferimento ai soggetti fragili, quali anziani, bambini, lavoratori.

Parole chiave:

Risoluzione spaziale, risoluzione temporale, modelli meteorologici, modelli a scala locale

Introduzione

Le previsioni meteorologiche hanno lo scopo di prevedere lo stato dell'atmosfera in una data località e momento. Da sempre l'uomo cerca di prevedere le condizioni del tempo. Inizialmente

attraverso metodi basati sull'osservazione delle forme e sulla analisi delle corrispondenze (ad esempio rosso di sera correlato al bel tempo). In seguito attraverso metodi sempre più complessi che si sono perfezionati con la messa a punto dei primi strumenti (barometro) e scale di riferimento (scala di Beaufort per il vento). Attualmente le previsioni si basano sulla raccolta di dati qualitativi e quantitativi sullo stato dell'atmosfera, sull'analisi attraverso modelli meteorologici e sulla comprensione scientifica dei processi atmosferici per stimarne l'evoluzione. Oltre alle tradizionali stazioni meteorologiche, i dati per la definizione dello stato dell'atmosfera derivano da palloni sonda, radar, satelliti, sensori posti su imbarcazioni e aeroplani. Per la simulazione si utilizzano modelli meteorologici, cioè modelli matematici che, a partire dallo stato attuale dell'atmosfera, sono in grado di determinarne l'evoluzione per un determinato numero di giorni. A questa categoria appartengono i Modelli Globali che elaborano previsioni sull'intero globo, ma con dettaglio limitato (bassa risoluzione spaziale). Per ottenere previsioni più dettagliate si impiegano i modelli ad area limitata (LAM) che a partire dalle informazioni ottenute dai modelli globali forniscono previsioni ad alta risoluzione (1-3 km di risoluzione).

Classificazione delle previsioni meteorologiche

Le previsioni meteorologiche si classificano in base alla risoluzione spa-

ziale (area geografica di riferimento) e temporale (intervallo temporale di previsione). A seconda della dimensione dell'area considerata, le scale si dividono in ordine crescente in:

- scala locale, considera i fenomeni atmosferici di meno di 1 km (celle temporalesche, nubi, dispersione di inquinanti e pollini in sede urbana, turbolenza localizzata indotta da edifici o altri ostacoli come rilievi collinari ecc.);
- mesoscala, studia i fenomeni atmosferici che hanno scale orizzontali variabili da 1 a circa 100 km. Gli eventi di maggiore interesse sono i fenomeni temporaleschi e le brezze. Può essere ben descritta dai modelli meteorologici ad alta risoluzione;
- scala sinottica, si occupa di fenomeni occorrenti su scale maggiori, da 100 a 10000 km, per tempi prolungati. I fenomeni oggetto di studio sono i cicloni e gli anticloni e tutti i fenomeni che perdurano da 1 giorno a 1 settimana;
- scala globale, opera a livello planetario e considera i fenomeni connessi al trasferimento di energia dai tropici ai Poli, comprese tutte le oscillazioni ad ampia scala. Queste oscillazioni hanno periodi tipicamente più lunghi delle stagioni. Esempi ne sono L'ENSO (*El Nino Southern Oscillation*) e il NAO (*North Atlantic Oscillation*).

A seconda dell'intervallo temporale di prognosi si distinguono previsioni a:

- brevissimo termine (fino a 6 ore);
- breve termine (da 6 fino a 72 ore);
- medio termine (da 4 a 14 giorni);
- lungo termine (mensile e stagionale).

Le previsioni a brevissimo termine, anche dette *nowcasting*, vengono utilizzate in fase di evento in corso al fine di valutare la sua evoluzione. Sostanzialmente si basano sull'utilizzo di strumenti che permettono il monitoraggio dell'evento e la sua evoluzione nel brevissimo termine (radar, satellite, rete di fulminazione, radiosondaggi, ecc.). Con questo tipo di approccio si possono seguire anche eventi che la modellistica non riesce a ricostruire con il dovuto anticipo o che comunque non è in grado di posizionare esattamente nello spazio e nel tempo.

Le previsioni a breve-medio periodo utilizzano la modellistica meteorologica. Rispetto alle previsioni stagionali hanno un dettaglio spaziale e temporale decisamente più elevato. Tuttavia la esatta localizzazione nel tempo e nello spazio di alcuni fenomeni intensi (vedi i temporali) risulta ancora di estrema complessità.

A lungo termine (mensile e stagionale). Sono previsioni sperimentali che vengono anche dette "previsioni stagionali" per distinguerle da quelle meteorologiche. In genere la previsione viene effettuata raggruppando le informazioni a scala temporale mensile o addirittura trimestrale. Le previsioni stagionali in genere esprimono la probabilità che i parametri oggetto della previsione possano discostarsi (in eccesso o in difetto) rispetto ai valori medi climatologici. Il dettaglio spaziale della previsione è basso. Per queste previsioni si possono utilizzare metodi statistici o deterministico/probabilistici. I primi sono basati sull'applicazione della statistica, ovvero indagano sul comportamento del clima nel passato al fine di prevederne l'evoluzione. Si individuano relazioni fra alcune variabili e il clima dei mesi successivi (ad esempio le teleconnessioni basate su Niño, Stratwarming, ecc.). I metodi deterministico/probabilistici sono basati sull'applicazione della modellistica nella simulazione delle componenti oceaniche ed atmosferiche che si manifesteranno nei mesi successivi.



Indicazioni per una corretta interpretazione di una previsione meteorologica

Breve - medio termine

In questo caso, contrariamente alle previsioni a lungo termine, si cerca di fornire indicazioni dettagliate dal punto di vista spazio-temporale. Va comunque ricordato che non tutte le condizioni dell'atmosfera sono ugualmente predicibili proprio per problematiche inerenti le *performance* attuali dei modelli meteorologici. Pertanto la previsione di per sé è affetta da margini di incertezza talvolta rilevanti. Particolarmente difficile risulta ancora oggi, ad esempio, la previsione dei temporali, per i quali è possibile individuare un'area geografica nella quale essi sono probabili, ma risulta praticamente impossibile la loro localizzazione esatta. Lo stesso può dirsi per la previsione di altri parametri (previsione delle temperature minime, intensità delle raffiche di vento, ecc.). Per quantificare il margine di incertezza della previsione è in fase di perfezionamento un tipo di approccio "ensemble" che permetterà di emettere previsioni in termini probabilistici.

In questo caso il modello meteorologico viene fatto "girare" numerose volte effettuando delle piccole variazioni nelle condizioni iniziali. Tale variazioni nelle condizioni iniziali si ripercuotono in una progressiva divergenza dei risultati. La valutazione finale viene effettuata considerando i valori medi, gli estremi e la variabilità delle simulazioni ottenute.

Previsioni a lungo termine

Non è possibile utilizzare tali previsioni per avere indicazione di come sarà il tempo in una determinata località in un determinato giorno dei prossimi mesi. Lo scopo di tale prodotto è quello di indicare di quanto le condizioni su periodi da 1 a 3 mesi ed oltre si discosteranno dall'andamento che di norma si verifica (media climatica). Un esempio di previsione a lungo termine potrebbe essere: nei prossimi 3 mesi temperature superiori alla media; in tal caso non è comunque escluso che all'interno dei tre mesi vi possano essere sotto periodi con temperature inferiori alla media.

direttore@cibic.unifi.it
www.dispaa.unifi.it/vp-60-cibic.html

L'ALTERNANZA SCUOLA LAVORO NEL PROGETTO PILOTA DELL'ORDINE

Il 22 gennaio u.s. presso la sede dell'Ordine è stato presentato il Percorso Alternanza Scuola Lavoro 2017-2018. Ad ascoltare i relatori erano presenti numerosi ragazzi di alcune Scuole Superiori di Firenze insieme ai loro insegnanti. Hanno presentato l'iniziativa la prof.ssa Teresita Mazzei, Presidente dell'Ordine, la Vice Presidente del Senato prof.ssa Rosa Maria Di Giorgi, la dott.ssa Giovanna Soffici dell'Ufficio Scolastico Regionale della Toscana del MIUR e la dott.ssa Federica Zolfanelli, referente ordinistica del Progetto.



Da sinistra: Rosa Maria Di Giorgi, Federica Zolfanelli, Teresita Mazzei

I giovani si sono dimostrati molto interessati e alcuni hanno tratto spunto dagli interventi dei Colleghi Antonio Panti, Giorgio Tulli e Simone Pancani e dalla visione di alcuni spezzoni di film famosi e particolarmente significativi per manifestare la loro intenzione di dedicarsi in futuro alla professione medica.

Il Progetto Alternanza Scuola Lavoro, patrocinato ed organizzato dall'Ordine, si avvale della collaborazione di numerosi Colleghi e di Associazione Anelli Mancanti di Firenze, Caritas fiorentina, Federazione Regionale delle Misericordie della Toscana, Lega Italiana Lotta ai tumori e AOU Meyer.

Notiziario

PROGETTO "INTERCEPTOR" CONTRO L'ALZHEIMER

Lo scorso 6 dicembre presso il Ministero della Salute è stato presentato il progetto "Interceptor", finalizzato a contrastare la malattia di Alzheimer. Com'è ben noto, si tratta della più frequente patologia neurodegenerativa, la cui prevalenza aumenta con l'età e raggiunge il 15-20% oltre gli 80 anni. È evidente che, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, rappresenta anche un'emergenza per la sostenibilità dei sistemi sanitari. Lo studio "Interceptor" si propone di valutare 7 biomarcatori al fine di stabilire quali siano quelli più sensibili e specifici per predire la conversione del lieve declino cognitivo in demenza di Alzheimer. Infatti le terapie più efficaci sono quelle precocissime perché, in caso contrario, la malattia non è più arrestabile. 400 pazienti con lievi deficit cognitivi saranno quindi sottoposti a studio osservazionale per 3 anni, in modo da ottenere la possibilità di effettuare poi uno screening su base nazionale della popolazione di pazienti a rischio di evoluzione verso l'Alzheimer. Per approfondire: www.salute.gov.it.

CAREGGI PREMIATO CON 3 "BOLLINI ROSA"

Nel decennale dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (Onda) l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi ha ricevuto per il biennio 2018-2019 tre bollini rosa, massimo riconoscimento come ospedale dalla parte delle donne. La cerimonia di premiazione si è svolta a Roma, al Ministero della Salute. Onda si impegna sul fronte della promozione della medicina di genere premiando ospedali attenti alla salute femminile che si distinguono per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie femminili. L'ospedale di Careggi è stato fra le 71 strutture italiane (su 306) a essere premiate con il massimo riconoscimento. Sul sito www.bolliniorosa.it sarà possibile consultare le schede degli ospedali premiati, suddivise per regione, con l'elenco dei servizi valutati. Tramite un apposito spazio riservato agli utenti, è possibile lasciare un commento sulla base dell'esperienza personale che viene poi condiviso da Onda con gli ospedali interessati.

APP CONTRO GLI ABUSIVI

Una app che permette, in tempo reale, di "scovare" i dentisti abusivi, verificando se siano realmente iscritti all'Albo e, in caso contrario, di segnalarli alle Autorità competenti: è questa l'idea su cui la Commissione Albo Odontoiatri nazionale lavora da un anno. La app si "aggancia" all'anagrafica della FNOMCeO, in modo che il cittadino incerto sulla reale identità della persona cui si sta rivolgendo potrà verificarne l'iscrizione all'Albo. E se non fosse iscritto? Con un click, potrà segnalarlo alle autorità, che saranno messe in condizione di intervenire prontamente.

FOCUS SULLE POLIZZE RC SANITARIA

Per la prima volta l'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) rende noti i dati statistici ufficiali sulla responsabilità civile sanitaria in Italia nel proprio Bollettino statistico, relativo al periodo 2010-2016. I principali dati di mercato sono stati ripartiti nelle tre grandi categorie di assicurati: strutture sanitarie pubbliche, strutture sanitarie private e medici e operatori sanitari. Nel periodo 2010-2016 sono stati raccolti, nel complesso, 4.555 milioni di euro di premi e sono state assicurate 4.916 strutture (di cui 721 pubbliche) e 302.965 operatori sanitari (di cui 73% medici). Nel periodo preso in considerazione, sono diminuite le denunce di sinistro da parte delle strutture sanitarie (-56% per le strutture pubbliche e -23% per le strutture private). Aumentano percentualmente le denunce di sinistro da parte degli operatori sanitari (+5%), ma è comunque un aumento molto inferiore a quello del numero degli assicurati (+76%). La base statistica rappresenta uno strumento per misurare gli effetti della nuova legge di riforma della responsabilità civile medica (la "Riforma Gelli"), in vigore dal marzo scorso e ancora in attesa dei decreti attuativi sulla parte assicurativa. Per approfondire: www.ivass.it nella sezione "Pubblicazioni e statistiche".



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

E-mail e PEC:
protocollo@omceofi.it
segreteria.fi@pec.omceo.it
 Toscana Medica: a.barresi@omceofi.it

Orario di apertura al pubblico

Mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 11,00

Pomeriggio: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

Rilascio certificati di iscrizione

Uffici: in orario di apertura al pubblico - Internet: sul sito dell'Ordine - Tel. 055 496 522

Tassa annuale di iscrizione

Bollettino postale, delega bancaria SEPA Core Direct Debit (ex RID) o carta di credito tramite il sito:

<http://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

Commissione Odontoiatri

Il lunedì pomeriggio su appuntamento

Consulenze e informazioni

Consultazione Albi professionali sito Internet dell'Ordine

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

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

Newsletter: inviate per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

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

Siti: www.ordine-medici-firenze.it - www.toscanamedica.org



**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

Piazza della Indipendenza 18/b - 50129 Firenze
Telefono 055 49701 - Fax 055 4970284
info@istitutofanfani.it - www.istitutofanfani.it