

TOSCANA MEDICA

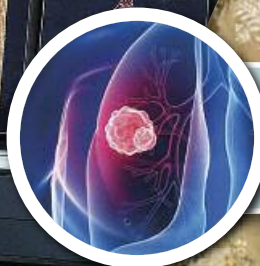
MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXV n. 6 giugno 2017 - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post. - 70% Firenze
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB Fi - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

GIUGNO 2017 **6**

 **Fondazione
Museo
del Tessuto
di Prato**

I CAPRICCI DELLA MODA



**Adenocarcinoma
polmonare**



**Cultura professionale
nell'epoca della polarizzazione**



**Storie allucinanti
di una realtà sommersa**

**Quando dimenticare
fa bene**



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







Anno XXXV - n. 6 Giugno 2017
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DBC Firenze

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore Capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segreteria di redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496522 - telefax 055 481045

<http://www.ordine-medici-firenze.it>

toscanamedica@ordine-medici-firenze.it

Editore
Edizioni Polistampa - Firenze
via Livorno 8/32 - 50142 Firenze

Pubblicità
Edizioni Polistampa - Firenze
tel. 055 737871 - fax 055 7378765

www.polistampa.com
redazione@polistampa.com

Stampa
Tipografia Editrice Polistampa
via Livorno 8/32 - 50142 Firenze

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:

toscanamedica@ordine-medici-firenze.it

Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina

A sinistra: *Abito maschile*, manifattura veneziana, fine XVIII inizio XIX sec.

Firenze, Museo della Moda e del Costume, Gallerie degli Uffizi

A destra: *Abito femminile*, manifattura italiana, 1750-1770

Firenze, Museo della Moda e del Costume, Gallerie degli Uffizi
Al centro:
una sala del Museo del Tessuto di Prato.



Antonio Panti



Bruno Rimoldi



Simone Pancani



Antonella Barresi

sommario

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

4 A Prato, i capricci della moda

Federico Napoli

EDITORIALE

5 Appello

Antonio Panti

OPINIONI A CONFRONTO

6 Adenocarcinoma polmonare: nuove strategie terapeutiche

R. Danesi, F. Lena, F. Mazzoni, M. Ucci, E. Vasile

12 Smettere di fumare

Antonio Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

13 La cultura professionale nell'epoca della polarizzazione

Eugenio Paci

16 L'appropriatezza prescrittiva nella specialistica salverà le liste di attesa

Piero Salvadori

19 Storie allucinanti di una realtà sommersa

Elisabetta Bertol

26 Agenzia Continuità Ospedale-Territorio

G. Bocci, G. Guadagni, C. Campolmi, M. Randon, S. Zeppi, V. Valenti S. Pelosi, M. Morelli, L. Stefani, C. Cepollaro, M.G. D'Amato

29 Casa della Salute di Montespertoli

Piero Piazzini

31 Programma residenziale intensivo breve per alcolisti

G. Bardazzi, M. Dardano, L. Maggiorelli, G. Gordigiani, A.C. Arone, M.G. Torrenti, D. Stecchini, I. Magini, A. Iozzi

RICERCA E CLINICA

35 L'altra faccia della medaglia: quando dimenticare fa bene

Maria Beatrice Passani e Patrizio Blandina

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

38 Textbook of Global Health

Daniele Dionisio

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

41 La tavola dell'Ultima Cena

M. Fanfani

45 - VITA DELL'ORDINE E NOTIZIARIO

<http://www.ordine-medici-firenze.it/>



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Firenze



L'ORDINE

UFFICI

MODULISTICA

EVENTI

ECM

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: toscanamedica@ordine-medici-firenze.it, con un abstract di 400 battute compresi gli spazi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 6.000 battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia
- 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 o un indirizzo postale**
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza
- Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento



Fondazione
Museo
del Tessuto
di Prato

A Prato, i capricci della moda

di Federico Napoli



La moda proposta come mezzo di conoscenza e di approccio alla storia di un secolo complesso e articolato come il XVIII: ecco l'antefatto della mostra "Il capriccio e la ragione. L'eleganza del Settecento europeo", ospitata presso il Museo del Tessuto, ex opificio Campolmi a Prato. Una esposizione che dipana il filo della memoria e dei comportamenti sociali partendo da diversi esempi di tessuto, per approdare poi a oggetti di arredo, dipinti, porcellane, libri, raffinati capi di abbigliamento. L'eleganza che connota la moda del Settecento è primariamente di origine francese: è la corte di Francia che detta comportamenti e stili impregnati di fasto, sinonimo ovunque in Europa di buon gusto e lusso. Lo stile rococò è l'evoluzione di una cultura mondana, ultimo approdo del Barocco, presente sia in architettura (*salon privé*) che nell'arredamento (stile Luigi XV), ma anche in pittura (Giovann Battista Tiepolo) e in musica (Mozart); si producono tessuti a fili di seta, d'oro o di metallo; si



decora con fiori, volute, tralci di frutta; si sottolinea con grande attenzione particolari e rifiniture. Gli abiti a *panier* (ampia, eccessiva gonna) sono quelli per le grandi occasioni, fantasie e ac-

cessori rimandano a echi d'Oriente (conchiglie, pagode, ombrelli, gusto per la *chinoiserie*) ricalcando le orme della Compagnia delle Indie e gli studi di fra il geografico e l'etnico intrapresi su quelle lontane popolazioni. Insomma, nella prima metà del secolo i tessuti francesi dettano la

moda e si muovono fra esotico e naturalismo, dove lo stile *bizarre* è il nuovo, ovvero il bello; parimenti lo stile *revel* ottiene effetti a rilievo con il suo *point rentré* e il *dentelles* diventa sinonimo di raffinatezza. Nel corso del secolo XVIII, con l'appannarsi della corte francese destinata allo stravolgimento della Rivoluzione e la progressiva affermazione economica e politica dell'Inghilterra, gli abiti si rivolgono ad una maggiore comodità di forme e dimensioni, assumendo lo stile di campagna della nobiltà inglese: ad esempio, le ricche decorazioni sul davanti dei corpetti femminili o i pizzi abbondanti al gomito (*engageantes*) vengono sostituiti dal più pratico e semplice corsetto, mentre nei tessuti affiorano elementi lineari con un ritorno alla simmetria, razionalizzando le fantasie. Non solo, si affermano anche elabora-

zioni di sapore archeologico, il cosiddetto *ruinismo*, ponendo le basi del conseguente stile neoclassico, che si imporrà in tutte le forme della società europea fine Settecento-prima metà dell'Ottocento: quindi, dalla grazia, eleganza, luminosità e gioia espressa dal Rococò, al più severo e contenuto Neoclassicismo.

Una mostra, dunque, che offre una immagine inusuale del Settecento, in quanto realizzata attraverso quelle che più di un secolo fa vennero chiamate *arti applicate*: una esposizione dove il principale elemento narrante sono gli abiti, ma anche i guanti, le scarpe (dal Museo Ferragamo), i nastri o i bottoni (segnaliamo dal Museo Stibbert una serie in vetro e porcellana Wedgwood).

Curatrice attenta di questa divertente e preziosa mostra è Daniela Degl'Innocenti: tra l'altro, la manifestazione nasce da una stretta collaborazione che il Museo del Tessuto di Prato ha instaurato con il Museo della moda e del costume di Palazzo Pitti, ovvero con la più ampia collezione pubblica del settore; inoltre,



hanno fattivamente collaborato il Museo della Fondazione Ratti di Como (ricco di una eccezionale collezione di tessuti) e il già nominato Museo Stibbert.

La mostra ha una lunga durata (fino al 29 aprile 2018): consigliata una visita.

Il capriccio e la ragione. L'eleganza del Settecento europeo

Museo del Tessuto, Prato

Fino al 29 aprile 2018

Orario: aperto tutti i giorni, escluso domenica mattina e lunedì

<http://www.museodeltessuto.it/settecento/>



Appello

di Antonio Panti

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



Attraversiamo un'epoca di individualismo, di crisi dei valori in cui abbiamo tutti creduto, di sfiducia nel bene comune. E questa frammentazione colpisce tutte le formazioni sociali: i partiti, che dovrebbero rappresentare la sintesi di diverse opinioni all'interno di un'ideologia condivisa, si fanno e si disfano in mille fazioni. Possibile che non vi sia rimedio, un ritorno alla razionalità, alla tolleranza? Anche il mondo medico sembra pervaso dagli stessi spiriti rissosi e, come i celebri capponi di Renzo, non solo non si ragiona in termini di unità della professione, ma si preferisce il conflitto al confronto.

Eppure la medicina, quella professione nella quale tanti hanno impegnato la propria vita, attraversa un periodo di crisi, pur nello splendore dell'esplosione tecnologica e scientifica. Una crisi che dovrebbe, al contrario, promuovere quella riflessione unitaria capace di far sintesi dei legittimi diversi interessi categoriali. I problemi sono sotto gli occhi di tutti e non si affrontano. Pigrizia mentale? Prevalere di una stanca prassi recriminatoria? Calo di orgoglio professionale?

La medicina e i medici vivono all'interno di complessi sistemi produttivi di salute o di contrasto alle malattie, in Italia in un'enorme impresa chiamata Servizio Sanitario Nazionale. Questi sistemi sono in crisi sotto i colpi degli enormi costi delle innovazioni tecnologiche, della minor propensione a finanziare i servizi pubblici, della trasformazione demografica, dei mercati globali, dell'aumento delle disuguaglianze. Non sono questi tanti buoni motivi per chiamare a raccolta i medici, per dialogare con i cittadini, per invertire o trovare rimedi a questa tendenza?

Nello stesso tempo, proprio nel momento dei maggiori trionfi della scienza medica, prevale la diffidenza verso gli esperti, il sospetto di illegittimi interessi, l'ignoranza diffu-

sa verso la scienza, il ritorno ad antichi pregiudizi. Come se il mondo rifiutasse la razionalità e la supremazia della conoscenza sull'ignoranza da cui l'umanità cerca di uscire da secoli e che ritorna prepotente nella post verità dell'immaginario collettivo. Anche questa non è un'altra buona ragione per chiamare a raccolta i medici a difesa dei valori della scienza e della ragione, della verità dei fatti di fronte alla fallacia delle bufale virtuali? La scienza medica rappresenta una delle ultime barriere a difesa della civiltà che, assai più nel bene che nel male, ha segnato il cammino dell'occidente.

Però la scienza medica progredisce troppo in fretta e pone dilemmi etici alla società. Che fare in quella zona grigia quando è raggiunto il limite naturale della vita e la sopravvivenza è affidata soltanto alla tecnologia, né alla natura né alla Divinità? E che dire di fronte alle tecniche di superamento dei confini biologici dell'essere umano, ai dilemmi etici che ne derivano? Anche questi sono temi di riflessione comune e non specialistici perché chiamano in causa la medicina in quanto tale e i medici come soggetti morali oltre che professionali.

Occorre ricostruire una cultura professionale sulla quale ripensare i valori, non per rinunciarvi ma per riviverli in modo che rispondano alle esigenze delle persone. Allora ci accorgiamo quanto sia difficile una riflessione comune tra tutte le organizzazioni della medicina. Che invece è indispensabile per la professione e per la società. Ecco quindi il richiamo all'unità, a non frammentarsi ancora in mille società, associazioni, sindacati. Ciascuno vuole la sua stanza ed è lecito che l'abbia, ma una casa comune, in cui riuscire a pensare ai problemi di tutti, occorre senza dubbio e subito, perché le questioni mediche sono dilemmi di tutti.



Adenocarcinoma polmonare: nuove strategie terapeutiche

a cura di Simone Pancani

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Inquadriamo l'adenocarcinoma polmonare all'interno del panorama generale della malattia neoplastica, soprattutto in relazione alle eventuali novità riguardanti la sua eziopatogenesi.*

MAZZONI - Dobbiamo ricordare prima di tutto che si tratta della principale causa di morte per tumore negli uomini e la terza causa nelle donne. In Italia nel 2016 ci sono state più di 40.000 nuove diagnosi, in particolare nella popolazione maschile, con un'incidenza di circa 70 casi ogni 100.000 abitanti negli uomini, lievemente inferiore nel sesso femminile.

Il 70% di queste neoplasie è direttamente correlato al fumo di sigaretta, circa l'80% sono forme non a piccole cellule e, purtroppo, ancora il 70% viene diagnosticato in stato localmente avanzato o metastatico con conseguente prognosi infausta a breve tempo; sino a qualche anno fa la sopravvivenza mediana in questi stadi di malattia era di 10-12 mesi, oggi è sensibilmente migliorata grazie all'introduzione di nuove strategie terapeutiche.

A questo proposito, oggi sappiamo che nel 15-20% degli adenocarcinomi del polmone sono presenti delle mutazioni genetiche (ad esempio a carico dei geni EGRF e ALK) che rendono il tumore sensibile a terapie a bersaglio molecolare che permettono di evitare la chemioterapia tradizionale e di garantire sopravvivenze fino a 4-5 anni con una qualità di vita assolutamente accettabile.

Purtroppo per la maggioranza dei pazienti che non presentano queste mutazioni genetiche le opzioni terapeuti-

che tradizionali rimangono ancora oggi deludenti.

VASILE - Riguardo l'incidenza dell'adenocarcinoma polmonare, mi preme segnalare come l'andamento nel tempo sia diverso nei due sessi con una rapida crescita negli ultimi anni del numero dei nuovi casi all'anno nel sesso femminile e invece una lieve riduzione nel sesso maschile e questo correla con l'andamento dell'abitudine al fumo.

A supporto del rapporto tra fumo di sigaretta e tumore del polmone è anche l'evidenza che il tipo di tumore polmonare "adenocarcinoma" è oggi nettamente prevalente rispetto all'altro tipo principale che è il carcinoma squamoso, contrariamente a quanto accadeva alcuni decenni fa.

Questa inversione di rapporto tra le due forme è legata verosimilmente al cambiamento del tipo di sigaret-

... oggi sappiamo che nel 15-20% degli adenocarcinomi del polmone sono presenti delle mutazioni genetiche che rendono il tumore sensibile a terapie a bersaglio molecolare



ROMANO DANESI
Ordinario di Farmacologia, Università di Pisa.



FABIO LENA
Direttore del Dipartimento del Farmaco della Asl Toscana Sud-Est.



FRANCESCA MAZZONI
Dirigente medico oncologo della AOU Careggi, Firenze.

te e all'introduzione del filtro nelle stesse.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Quali sono i costi della terapia farmacologica della neoplasia polmonare?*

LENA - I costi sono ovviamente aumentati in maniera significativa con la comparsa delle nuove opzioni di cura che, come abbiamo sentito, riescono peraltro anche a garantire, rispetto al passato, una buona qualità di vita ai pazienti. Per fornire qualche cifra, possiamo dire che la chemioterapia tradizionale, da una spesa iniziale annua per paziente di qualche migliaio di euro, grazie all'impiego dei generici adesso ne "costa" poche centinaia.

Per quanto riguarda i nuovi farmaci al momento disponibili, nonostante



MAURO UCCI
Medico di medicina generale a Firenze.



ENRICO VASILE
Dirigente medico oncologo della AOU Pisana.

tutti gli accordi negoziali tra le Agenzie regolatorie e le industrie produttrici, i costi si aggirano tra i 20 e i 30.000 mila euro annui a paziente. Ancora di difficile quantificazione appaiono le spese legate all'approccio immunoterapeutico ai tumori.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Come è possibile raggiungere una diagnosi di neoplasia polmonare il più precocemente possibile?

MAZZONI - Purtroppo per quanto riguarda il tumore del polmone, nonostante numerosi studi a livello mondiale sui soggetti a rischio, il raggiungimento di una diagnosi precoce non sempre è possibile. Prevalenza e mortalità giustificerebbero l'assoluta necessità di idonei programmi di screening del tumore del polmone in fase precoce asintomatica nella popolazione considerata ad alto rischio.

Gli esami diagnostici di semplice esecuzione, quali la radiografia del torace e l'esame citologico dell'espettorato, se utilizzati con finalità di screening hanno dimostrato una scarsa sensibilità e non sono stati in grado di ridurre significativamente la mortalità. Studi clinici condotti in pazienti ad alto rischio (età superiore a 50 anni e forti fumatori) hanno prodotto risul-

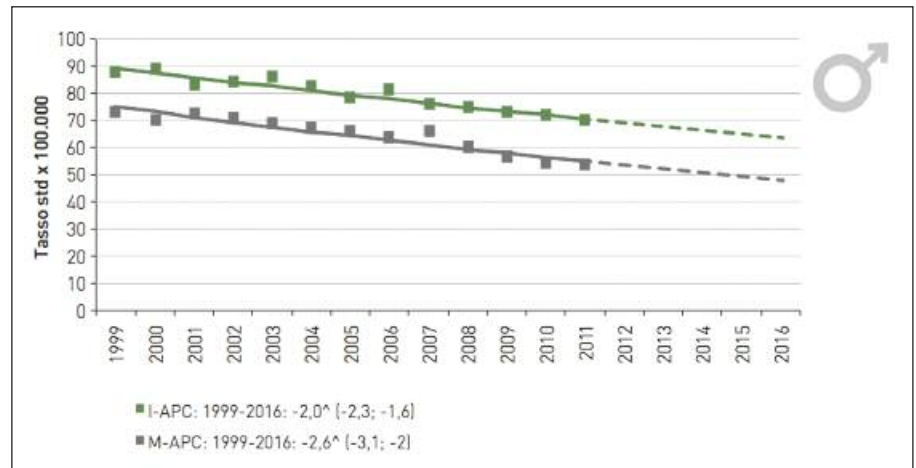


Figura 1 - Tumore del polmone, maschi. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità.

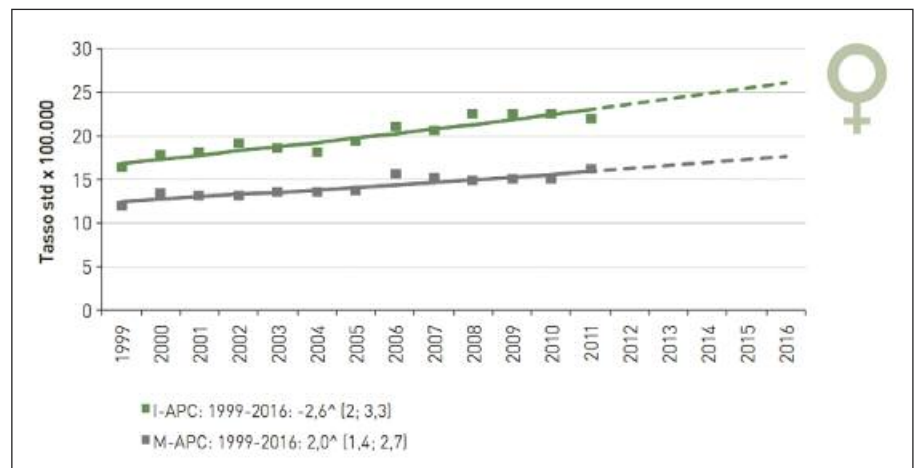


Figura 2 - Tumore del polmone, femminile. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua), I = incidenza, M = mortalità.

Le Figure 1, 2, 3, 4 sono tratte da: I numeri del cancro in Italia, 2016, pubblicato da AIOM e AIRTUM

tati promettenti nell'individuazione di piccole neoplasie polmonari in pazienti asintomatici con l'utilizzo della TC spirale del torace. Tali indagini di screening hanno condotto ad un maggior numero di pazienti operati in stadio precoce, senza però definire al momento se ciò possa tradursi in un beneficio in termini di riduzione della mortalità. Dunque le metodiche di screening non si sono dimostrate particolarmente utili in questo senso, al contrario di quanto avviene per le neoplasie della mammella, del colon e della cervice uterina. Inoltre le metodiche di screening sono ancora oggi molto costose e purtroppo gravate da un alto numero di falsi negativi e falsi positivi.

La prevenzione sicuramente più importante è quella primaria e per ridurre la prevalenza delle neoplasie polmonari l'attività più utile sarebbe realizzare delle campagne veramente efficaci di riduzione del principale fattore di rischio del cancro del polmone, il fumo di sigaretta, soprattutto nella popolazione giovane.

VASILE - L'eliminazione del fumo di sigaretta consentirebbe soprattutto una riduzione del numero dei nuovi casi di malattia ma, come sottolineato dalla Dr.ssa Mazzoni, l'intervento deve essere precoce in quanto l'intervallo tra l'esposizione al fumo e lo sviluppo di questa malattia è molto lungo, mediamente di alcuni decenni.

DANESI - Parlando di tecniche di diagnosi precoce mini-invasive per l'identificazione dei bersagli farmacologici e delle loro mutazioni associate a resistenza (esempio EGFR T790M), rammento la diffusione delle tecniche di analisi molecolare degli acidi nucleici circolanti che stanno fornendo un utile supporto alle decisioni cliniche sulla scelta tra i molti farmaci inibitori di EGFR e ALK adesso disponibili.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Una volta formulata la diagnosi, quale è lo stato dell'arte della terapia di queste forme tumorali?

MAZZONI - La prima distinzione da fare è valutare se dobbiamo trattare un soggetto non fumatore oppure uno con l'abitudine al fumo. Nel primo caso è più frequente trovarsi di fronte a soggetti con mutazioni del gene EGFR o il riarrangiamento del gene ALK per i quali sono oggi disponibili farmaci target specifici per via orale molto efficaci con percentuali di risposte obiettive del 60-80% e sopravvivenza mediana di 2-3 anni per inibitori di EGFR e 3-4 anni per inibitori di ALK.

Nel caso dei fumatori la questione è molto diversa, sostanzialmente perché non abbiamo ancora la possibilità di personalizzare la terapia, al contrario di quanto detto per la classe precedente di malati, per cui lo strumento principale di cura rimane ancora oggi la chemioterapia basata per lo più sui derivati del platino ai quali eventualmente associare un antiangiogenico. I risultati rimangono comunque poco soddisfacenti con sopravvivenze di 12-14 mesi nei casi migliori.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Dottor Ucci, come si pone la medicina generale di fronte a questo tipo di patologia?

UCCI - Lo sforzo più grande che viene messo in pratica dai medici di famiglia non è solo il raggiungimento della diagnosi precoce quanto piuttosto cercare di far cambiare davvero gli stili di vita, in particolare abolendo il fumo di sigaretta.

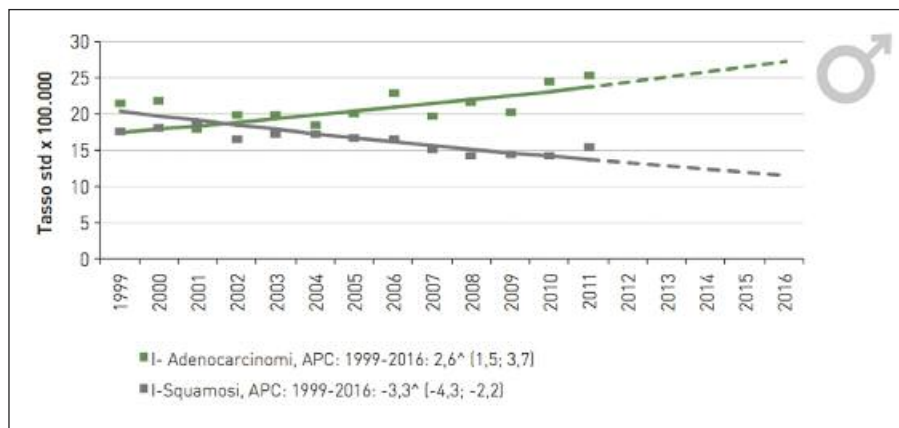


Figura 3 - Tumore del polmone, maschi. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza 1999-2016 per morfologia. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua).

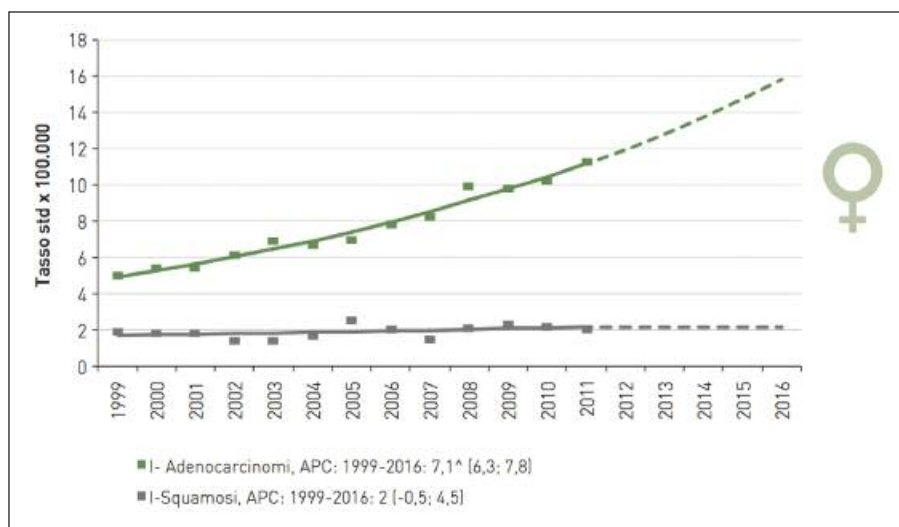


Figura 4 - Tumore del polmone, femminile. AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza 1999-2016 per morfologia. Tassi standardizzati popolazione europea. APC = Annual Percent Change (variazione percentuale media annua).

Anche noi siamo inoltre preoccupati, come diceva la collega in precedenza, della questione dei falsi positivi legati per esempio alla sempre più agevole esecuzione delle metodiche TAC, un po' come accade con il ricorso indiscriminato al dosaggio del PSA per la neoplasia prostatica, di per sé certamente non "pericoloso" però associato ad una frequenza notevolissima di false positività e per questo sconsigliato come esame di screening.

LENA - Vorrei ricordare che proprio per quanto riguarda il fumo di sigaretta si trova oggi un numero sempre maggiore di donne fumatrici che si stanno in pratica avvicinando pericolosamente agli uomini, senza

peraltro nessun segnale di inversione di tendenza da parte di entrambe le classi di soggetti. La battaglia su questo versante mi sembra sia oggi appannaggio solamente dei medici di famiglia e dei Centri contro il fumo, lasciati soli senza un supporto mediatico incisivo e ripetuto, come invece succedeva solo fino a pochi anni fa.

MAZZONI - Concordo con il dottor Ucci e vorrei sottolineare il paradosso di molte persone che pur colpite dal tumore al polmone continuano a fumare!

✓ **TOSCANA MEDICA** - Se fosse possibile inviare un messaggio ai decisori della cosa pubblica chiedereste real-

mente maggiori investimenti per le campagne antifumo a fronte di una migliore sostenibilità dell'intero sistema sanitario?

MAZZONI - Assolutamente sì, l'investimento sicuramente più efficace è quello sulla prevenzione primaria!

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Oltre al fumo di sigaretta, quale ruolo hanno nella patogenesi di questa neoplasia gli altri inquinanti ambientali quali ad esempio le famigerate e tristemente note PM 10?*

MAZZONI - Seppure in assenza di dati ancora incontrovertibilmente certi, è altamente probabile che l'inquinamento atmosferico sia un fattore di rischio importante nell'eziogenesi del tumore al polmone. Ad oggi l'unico inquinante ambientale dimostrato cancerogeno è l'asbesto, causa principale del mesotelioma pleurico.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Esiste oggi una nuova opzione di cura, nintedanib. Di cosa si tratta?*

DANESI - Il nintedanib è un inibitore di protein-chinasi cellulari appartenenti alla famiglia dei recettori del Vascular Endothelial Growth Factor (VEGFR-1, 2 e 3), del Fibroblast Growth Factor (FGFR-1, 2 e 3), e del platelet derived growth factor (PDGFR- α e β). Il nintedanib è inoltre attivo contro le protein-chinasi RET, FLT3 e Src. Come conseguenza di questi effetti cellulari, il nintedanib inibisce lo "sprouting" di nuovi vasi sanguigni, la proliferazione e la migrazione delle cellule endoteliali, ed ha anche effetti inibitori diretti sulle cellule tumorali, essendo esse stesse stimolate a proliferare da chinasi cellulari.

Da un punto di vista farmacometabolico, il nintedanib viene assorbito dopo somministrazione orale con biodisponibilità del 5% e metabolizzato a livello epatico con escrezione epatica prevalente; per questo motivo il farmaco deve essere usato con cautela nei pazienti con riduzione significativa della funzionalità epatica, mentre variazioni di funzionalità re-

Il nintedanib è un inibitore di protein-chinasi cellulari appartenenti alla famiglia dei recettori del VEGFR del FGFR e del PDGFR

nale non hanno conseguenze essendo il nintedanib escreto in minima quota per questa via.

Da un punto di vista pratico, in relazione al profilo farmacometabolico del nintedanib, il medico dovrebbe considerare il rischio di interazioni con farmaci che inibiscono a livello intestinale la glicoproteina-P (es., ciclosporina, chetoconazolo, eritromicina) o la inducono (es., carbamazepina, rifampicina, fenitoina) e che, per questo motivo, possono aumentare o, rispettivamente, ridurre significativamente le concentrazioni del farmaco.

MAZZONI - Nintedanib è un inibitore dell'angiogenesi che è stato studiato in un trial di fase 3, il LUME - Lung 1, pubblicato su Lancet Oncology nel 2014, che ha arruolato più di 1.200 pazienti con tumore del polmone non a piccole cellule metastatico, in progressione dopo una prima linea di terapia. Lo studio ha confrontato la terapia standard con docetaxel versus l'associazione docetaxel + nintedanib (200 mg per os 2 volte al giorno). Obiettivo primario era la sopravvivenza libera da progressione di malattia che è stato raggiunto, con la dimostrazione di un vantaggio statisticamente significativo di 3.4 mesi ottenuto con la nuova associazione contro 2.7 mesi della terapia tradizionale.

Risultati importanti si sono registrati anche nella sottopopolazione dei pa-

zienti con adenocarcinoma raggiungendo una sopravvivenza mediana di 12.6 mesi nei soggetti in terapia con l'associazione docetaxel-nintedanib contro 10.3 mesi in coloro che ricevevano solo docetaxel.

Per quel che riguarda le reazioni avverse nel braccio di terapia di associazione vi è stato un aumento dell'incidenza di diarrea e di rialzo delle transaminasi. Non sono state invece descritte reazioni avverse di particolare rilevanza che potevano essere legate alla somministrazione di un antiangiogenico quali l'ipertensione arteriosa, il sanguinamento, le trombosi e le perforazioni gastrointestinali. Ulteriori benefici sono stati riportati in termini di aumento della qualità della vita percepita durante la terapia con l'associazione, secondo quanto descritto dai pazienti in appositi questionari.

VASILE - Molto interessante nello studio citato è l'effetto dell'aggiunta di nintedanib al docetaxel in pazienti che hanno un minor beneficio dalla chemioterapia di prima linea con derivati del platino, cioè in quei pazienti che presentavano una progressione di malattia più precocemente (sia considerando i pazienti che progredivano entro 9 mesi dall'inizio del trattamento di prima linea sia quelli che progredivano al primo controllo effettuato). In entrambi questi gruppi di pazienti nintedanib porta un incremento nella sopravvivenza mediana superiore ai 3 mesi.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *A fronte di pochi mesi in più di sopravvivenza, quale è il valore dei questionari prima ricordati redatti da persone che comunque sanno di avere una prognosi a breve tempo infausta?*

LENA - La questione della percezione da parte dei malati della qualità della propria vita è certamente un argomento di grande interesse anche se a mio parere si tratta di valutazioni estremamente soggettive ed assai difficilmente inquadrabili nelle caselle di un questionario di autocompilazione. Sono però convinto che clinici e ricercatori si debbano impegnare an-

http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2016/I_numeri_del_cancro_2016.pdf

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (19%)	Mammella (30%)	Mammella (14%)
2°	Polmone (15%)	Colon-retto (13%)	Colon retto (13%)
3°	Colon-retto (13%)	Polmone (6%)	Polmone (11%)
4°	Vescica* (11%)	Tiroide (5%)	Prostata (10%)
5°	Stomaco (4%)	Utero corpo (5%)	Vescica (7%)

Tabella 1 - Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) per sesso. Pool AIRTUM 2008-2012.

*Comprende sia tumori infiltranti sia non infiltranti.

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Polmone (26%)	Mammella (17%)	Polmone (19%)
2°	Colon-retto (10%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (11%)
3°	Prostata (8%)	Polmone (11%)	Mammella (7%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (7%)	Stomaco (6%)
5°	Stomaco (6%)	Stomaco (6%)	Pancreas (6%)

Tabella 2 - Prime cinque cause di morte tumorali più frequenti e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. Pool AIRTUM 2008-2012.

che in questo particolare campo dell'assistenza, soprattutto in situazioni in cui l'evoluzione della malattia è indirizzata verso una veloce ed inevitabile conclusione.

MAZZONI - Fino a dieci-venti anni fa l'obiettivo primario di molti studi sul tumore polmonare non a piccole cellule era rappresentato solo dal miglioramento della qualità della vita dei pazienti, viste le scarse possibilità di prolungare la sopravvivenza con le terapie allora disponibili. Pur con questi limiti, studi clinici hanno dimostrato, ad esempio, che i soggetti che erano consapevoli della gravità della propria prognosi attribuivano una grande importanza alla qualità della vita.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Dott.ssa Mazzoni, è giusto ricorrere alla selezione dei pazienti ai quali proporre le nuove terapie, a fronte del loro costo e di una aspettativa di vita tutto sommato non più di tanto significativa?*

MAZZONI - In questo periodo la selezione della terapia di seconda linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule è molto dibattuta. In primo luogo perché, per quanto riguarda gli inibitori dell'angiogenesi come nintedanib, ancora non disponiamo di *markers* biologici che ci consentano di selezionare i pazienti in maniera veramente efficace, come invece succede nei tumori che presentano alterazioni dei geni EGFR o ALK, quindi dobbiamo basarci solo su criteri clinici estremamente soggettivi.

Tra l'altro, la questione della mancanza di biomarcatori efficaci che consentano di identificare i target delle differenti terapie interessa anche l'approccio immunoterapico alla neoplasia polmonare. Quindi, sulla scorta del solo criterio clinico, in un caso di malattia estremamente aggressiva e a veloce progressione, mi aspetto che la chemioterapia tradizionale associata all'inibitore dell'angiogenesi possa garantire qualche risultato positivo in più rispetto all'immunoterapia.

Sempre in tema di selezione dei pazienti non bisogna dimenticare che esistono alcune situazioni che controindicano assolutamente la somministrazione di un inibitore dell'angiogenesi, quali la presenza di emoftoe, un alto rischio di emorragia o trombosi e la presenza di eventi cardiovascolari recenti. Parimenti in un paziente con malattia autoimmune non è consigliato somministrare farmaci che riattivano la risposta immunitaria dell'organismo, utilizzati nell'approccio immunoterapico alle neoplasie.

DANESI - Se posso aggiungere un'informazione sull'uso dei biomarcatori confermo l'assenza di validazione clinica del dosaggio di citochine pro-angiogeniche plasmatiche come VEGF-A, PlGF e IL-8 o del recettore solubile sVEGFR-1, mentre sottolineo l'interesse per l'analisi degli acidi nucleici circolanti plasmatici nella diagnosi delle resistenze farmacologiche agli inibitori di EGFR e ALK. Anche per quanto riguarda gli inibitori dei

checkpoint immunologici c'è un forte interesse nelle valutazioni plasmatiche dei componenti solubili e cellulari della risposta immunitaria per la predittività di risposta o resistenza che faciliterebbe un loro uso razionale, anche per quanto riguarda lo sviluppo di schemi terapeutici personalizzati.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *In Toscana esiste un percorso assistenziale complessivo che si prenda cura di questi malati?*

LENA - La situazione toscana in questo settore è sostanzialmente di buon livello e credo che le 16 Oncologie presenti nella nostra Regione siano perfettamente in grado di garantire un buon livello di assistenza a questi malati che, ricordo, rappresentano una delle popolazioni più numerose nel campo della patologia oncologica.

MAZZONI - Anche io concordo con il dottor Lena sul buon livello dell'assistenza oncologica nella nostra Regione e ricordo a questo proposito che a Careggi e in molte altre strutture sono attivi i cosiddetti GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari) e si sta costruendo anche un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) ad hoc proprio per il carcinoma del polmone.

Alcune prestazioni potrebbero comunque essere accentrate perché, ad esempio, non tutte le strutture possiedono apparecchiature per radioterapia

più dello stesso livello e non dappertutto è disponibile un reparto di Chirurgia Toracica. La creazione di una vera e propria rete regionale potrebbe rappresentare lo strumento per collegare in maniera realmente efficace tutte le professionalità coinvolte nell'assistenza a questo tipo di malati.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *In questa rete il medico di famiglia deve avere un proprio ruolo ben definito?*

UCCI - Uno dei compiti dell'Istituto Toscano Tumori è proprio quello di "fare rete", secondo un modello che ha destato molto interesse in Italia. È ovvio che il medico di famiglia debba diventare una maglia di questa rete, non fosse altro perché in molti casi fortunatamente la malattia neoplastica in senso lato si è oggi cronicizzata e quindi di fondamentale importanza appare la comunicazione stretta tra i Centri di riferimento e la medicina del territorio che segue quotidianamente nel tempo questi pazienti, in uno scambio reciproco di informazioni e conoscenze.

In questo modo ai malati potrebbe essere evitato il penoso vagabondare tra una struttura e l'altra, da un medico a un altro in cerca di risposte che il colloquio strutturato tra professionisti potrebbe facilmente fornire loro.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *A che livello la terapia con i nuovi farmaci potrebbe influire sulla sostenibilità dei sistemi sanitari regionali e nazionale?*

LENA - Anche se nintedanib viene considerato oggi farmaco di seconda linea, è ipotizzabile che prima o poi arrivi a sostituire gli TKI (inibitori della tirosinchinasi) con un vantaggio economico però verosimilmente del tutto trascurabile. Quello che a mio parere in futuro sarà molto interessante valutare in termini di sostenibilità sarà il confronto tra le opportunità offerte da nintedanib e quelle dall'approccio immunoterapico.

MAZZONI - La sostenibilità della spesa per i nuovi farmaci può essere aiutata anche dalla corretta ed accurata selezione dei pazienti da trattare, come dicevamo in precedenza.

Oggi infatti disponiamo di numerosi farmaci utilizzabili in un gran numero di soggetti e sempre più spesso si arriva a terapie di cosiddetta "terza linea", cioè utilizzate dopo progressione della malattia alla seconda linea di terapia. Per fare un esempio, in caso di carcinoma squamoso del polmone l'immunoterapia è indicata dopo la seconda linea, mentre per l'adenocarcinoma nivolumab si può utilizzare in seconda e terza linea.

Ricordo a questo proposito che la terza linea fino a pochi anni fa era riservata a pochissimi casi di pazienti per lo più giovani per i quali si tentava di fare tutto il possibile purtroppo con scarsissimi risultati, mentre oggi viene utilizzata in popolazioni sempre più numerose grazie alla maggiore disponibilità di nuovi farmaci ed alla loro sempre minore tossicità.



Realizzato con il contributo di Boehringer Ingelheim Italia S.p.A.

Smettere di fumare

di Antonio Panti



ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Oggi il tumore polmonare rappresenta la prima causa di morte tra le malattie oncologiche negli uomini e sta guadagnando rapidamente posizione nelle donne. In Toscana la prevalenza è di circa 40 mila casi e come tutti sanno oltre il 70% sono fumatori.

Il fumo incide ancora in una percentuale superiore al 20% nella popolazione e le donne fumatrici stanno eguagliando il numero degli uomini. È evidente quindi, al di là delle prove scientifiche che ormai possediamo, la stretta relazione causale tra tabacco e tumore del polmone. Ecco perché il primo impegno dei medici e dei politici dovrebbe essere quello di investire nella lotta al fumo, il che produrrebbe migliori risultati di qualsivoglia terapia.

I costi umani e sociali dei tumori polmonari sono infatti elevatissimi e l'aumento della speranza di vita con una qualità percepita ragionevole ha

comunque grandi costi e la prognosi resta sfavorevole. L'adenocarcinoma polmonare è una forma legata al fumo in cui la diagnosi precoce è particolarmente difficile mentre i tentativi di *screening* con la Tac spirale hanno dato fin ora risultati incerti e molto costosi. Per inciso ricordiamo che il fumo non è l'unico inquinante ambientale, tuttavia è l'unico per il quale si hanno dati certi.

Una volta che la diagnosi è stata posta e superato il primo approccio chemioterapico o più raramente radioterapico e dato per scontato l'eventuale intervento chirurgico, la seconda linea di farmaci comprende delle novità delle quali si è discusso in questa serata. Lo scopo che sembra raggiunto è quello di allungare la vita, garantendo una migliore qualità percepita. I criteri di selezione del *target* sono prevalentemente clinici e quindi da affidare ai centri oncologici. In Toscana i centri sono circa 16 e già sufficientemente in

grado di costituire una rete operativa che può far fronte alle molteplici esigenze dei diversi singoli casi. I centri sono in genere dotati di *équipes* multiprofessionali particolarmente utili nell'utilizzo di farmaci innovativi. Certamente occorre migliorare i rapporti con i medici generali che hanno sempre in cura questi pazienti sia per qualsiasi malattia intercorrente che per qualsiasi reazione avversa. Infine anche in questo caso si pone l'annoso problema della sostenibilità del servizio. I costi per il nuovo farmaco sono senz'altro confrontabili con qualsiasi altro intervento di seconda linea. Anzi possono essere anche minori. Quindi il problema è quello che si presenta per ogni terapia oncologica avanzata ed è la questione generale del prezzo dei farmaci rispetto alla realtà dei risultati. L'orientamento moderno verso la cronicizzazione di questa come di altre molte forme oncologiche rappresenta comunque un grande successo.

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!

LEGENDA

Si ricorda che è possibile attivare i **link** tramite **codice QR**. Nella versione **PDF**, scaricabile dal sito dell'ordine di Firenze o dall'app, attivare i link dove sono presenti i seguenti **simboli**



Codice QR

rimando link esterno con applicazione smartphone



URL

Rimando link esterno



Sommaio

Rimando alla pagina dell'interno



e-mail

Rimando al programma e-mail

La cultura professionale nell'epoca della polarizzazione

Una riflessione tutta italiana

di Eugenio Paci



EUGENIO PACI
epidemiologo, Firenze.

La scienza e la tecnologia evolvono in modo così rapido e travolgente che è difficile per qualsiasi medico essere al corrente di tutto quanto avanza e si rinnova e di come in realtà stiano cambiando le basi metodologiche della medicina. In Italia manca un'autorevole pubblicazione che cerchi non solo di offrire una visione panoramica ma di avviare una riflessione filosofica, etica e antropologica sulla medicina e sulla sanità.

Il caso vaccinazioni ha confermato la polarizzazione come attuale modalità dominante nella comunicazione pubblica e riproposto la difficoltà di una riflessione che vada al di là degli schieramenti e delle prese di posizione. Discussioni importanti come quella sul calo della copertura vaccinale e le modalità dell'offerta potrebbero essere normali riflessioni – innanzitutto su etica e sanità pubblica più che sui vaccini – pane quotidiano per una sanità pubblica chiamata a rispondere a un calo di copertura (nel caso specifico con la necessità di un incremento nella coercizione legato alla diminuita copertura vaccinale). I fatti e le basi scientifiche tendono in queste condizioni polarizzate a scomparire e la politica e i media entrano pesantemente in gioco nel promuovere le emozioni e i contrasti. Vediamo esperti che diventano riferimenti di forze politiche a cui chiedono dichiarazioni di fede nella verità scientifica. L'esperto di area è certo sempre esistito, cioè colui che, lui solo, viene vissuto come affidabile in quanto dichiara la sua simpatia (appartenenza) per

il messaggio politico. Una figura che aveva contraddistinto il mondo scientifico degli anni Settanta, a sinistra identificato con l'esperto rosso. Una relazione che ha dimostrato tutti i suoi limiti. La debolezza del rapporto tra mondo scientifico e quello politico e della società civile è molto grave e continua ad avere basi strutturali, anche nel nuovo mondo della comunicazione.

A questo si accompagna il fatto che, mentre si è sviluppata al massimo la comunicazione (i social), la condivisione del dibattito scientifico culturale è sempre più frammentata, ridotta a piccoli gruppi. In questi termini poco affiora di un dibattito che magari si svolge in ristretti ambienti – per esempio Facebook è uno spazio che per sua natura non è facilmente usabile per un dibattito scientifico, data la variabilità dei partecipanti. Anche quando le questioni vengono approfondite, ci si espone alla superficialità e all'unilateralità, e larga parte del mondo professionale e della sanità non viene raggiunto. Un giornale on-line assai diffuso come *Quotidiano Sanità* affronta prevalentemente questioni di politica sanitaria o sindacale e

Parole chiave:
polarizzazione, comunicazione,
dibattito scientifico,
globalizzazione, vaccinazioni





quando riporta una notizia scientifica non è ovviamente la sede adeguata di un confronto tecnico-scientifico.

L'aspetto più importante, come ho argomentato in un articolo sui "Recenti progressi in Medicina" (<http://pensiero.it>), è che non esiste il luogo per il confronto (di cui forse c'è anche poca voglia) all'interno del mondo tecnico professionale e della sanità pubblica italiana. La globalizzazione, che è ormai un dato di fatto nella medicina di oggi, vede partecipare al dibattito scientifico internazionale un gruppo limitato di professionisti (che sono comunque assai significativa e produttiva parte del mondo scientifico internazionale), ma non ne coinvolge una gran parte, se non attraverso le comunicazioni, che arrivano per interessi commerciali o grazie a comunicazioni non professionali, come dai *media* nazionali che riprendono quanto lanciato dalle grandi agenzie globali. Inoltre, in Italia come altrove, gli specialisti, che sono parte importante del mondo della medicina di oggi, sempre più guardano al mondo globale per quanto riguarda il loro campo di interesse, per ovvie ragioni ristrette. Si ha quindi come effetto della globalizzazione della medicina un allontanamento tra chi partecipa, il più delle volte da protagonista al circuito scientifico delle pubblicazioni internazionali, e un mondo assai vasto di professionisti (non solo medici) che vi accedono occasionalmente, per via indi-

retta e non partecipata. Vi è certo l'ostacolo linguistico, solo in parte superato con l'avvento delle nuove generazioni, ma non basta a spiegare, a mio avviso, il fenomeno.

D'altra parte oggi l'interesse generale per questi temi è assai grande, per cui sono i giornalisti scientifici (le rubriche dei grandi giornali o i *blog*) o l'esperto *blogger* a fare da i mediatori tra la medicina globale e la pubblica opinione. Inoltre, sui giornali quotidiani più importanti o anche in quelli più vicini alla professione (vedi *Quotidiano Sanità* o *blog* sponsorizzati come *Doctornews33*) vengono riprese notizie dai lanci delle riviste scientifiche internazionali o da *Pubmed*, riferendo su articoli americani o inglesi, che spesso non hanno minimamente a che fare con la realtà della medicina che viene praticata in Italia. La nostra ricerca è assai poco ripresa sui *media*, a meno che non sia al centro qualche nuova (spesso effimera) speranza tecnologica.

Ma non è vero che tutti siamo globalizzati, diciamo che in campo medico c'è una presenza che è più di tipo imperiale: Roma esiste. In Inghilterra, *The Lancet* e il *British Medical Journal* sono un esempio di riviste che rappresentano una riflessione autorevole e importante su medicina e aspetti di sanità pubblica di livello globale. Negli Stati Uniti *JAMA* e *New England Medical Journal* svolgono più o meno un ruolo analogo. Tuttavia questi giornali globali non fanno

che parlare del loro servizio sanitario (l'articolo di Obama sulla riforma sanitaria negli USA è stato il più letto sul *NEMJ*), discutono e approfondiscono molti aspetti di sanità pubblica di interesse locale, aprono dibattiti su temi e studi scientifici che spesso coinvolgono ricercatori nazionali e presentano prospettive anche etiche su questioni di largo interesse che sono assai sensibili allo specifico modo di pensare di quei paesi. Non tutto quello che pubblicano è ottimo o esauriente, ma se qualcuno è interessato può partire da lì, andare sui motori di ricerca (*Pubmed* per esempio), cercare le revisioni sistematiche *Cochrane* ecc.

A chi appartengono (e quindi a chi sono distribuite), le riviste *JAMA* e *BMJ*? Sono degli ordini dei medici nazionali e ogni medico ha ad esse facile accesso. Sono riviste, ancora oggi in forma cartacea, per tutti i professionisti e oltre al giornale periodico presentano una ricca produzione di prodotti di approfondimento e formazione (e anche di sostegno alla professione, come *Career* per i giovani medici, che edita il *BMJ*), sempre più on-line. Così anche il medico di medicina generale, il neolaureato e il professionista della sanità legge, se vuole, le ricerche migliori prodotte nel mondo, o in molti casi nel suo paese, e si forma. Leggendo un articolo conosce magari chi lo ha scritto, a che gruppo scientifico appartiene, può averne più o meno fiducia, si sente parte di una comunità di discussione e di confronto.

I nostri giornalisti scientifici riprendono spesso questi dibattiti e le novità della ricerca e sono rapidi nel ripresentarle, con qualche commento magari di esperti italiani. Ma quello che manca è proprio una mediazione tra quel mondo (che è anche quello dove pubblica una larga parte del nostro mondo, che quindi entra in rapporto con la comunità globale) e la nostra realtà culturale, un dibattito che coinvolga il nostro mondo professionale e che si nutra anche della ricerca che viene fatta e riguarda la nostra realtà.

Una rivista di questo tipo rappresenta anche una specifica realtà culturale, non è solo espressione di una comunità internazionale. La questione

del rapporto vaccino-autismo, per fare un esempio famoso, è nata da un articolo su *The Lancet*. La comunità scientifica e medica e quindi l'opinione pubblica inglese ne ha vissuto in prima persona il dramma. Sicuramente anche in Inghilterra ci sono gli antivaccinisti, ma non credo si possa negare che il miglior antidoto a queste posizioni è stato il dibattito serio, anche duro e controverso, trasparente. Un confronto sugli errori fatti, che si riesce a fare innanzitutto sulla stampa professionale, aprendo la discussione nella comunità professionale che vive il problema delle vaccinazioni e del rapporto con i genitori impauriti. Un confronto che pur con tutti i suoi limiti ha influenzato in Inghilterra i *media* e la pubblica opinione, che leggono la stampa professionale per quello che implica per la loro comunità, in maniera forte e duratura, aiutando almeno finora, a mantenere di forte minoranza una posizione non solo in Inghilterra ma anche negli Stati Uniti (Trump permettendo). Una iniziativa scientifico-culturale di discussione nella professione è sicuramente, almeno nel medio periodo, la risposta più efficace che anche l'Ordine dei Medici dovrebbe dare, evitando di promuovere strade che puntano su risposte individualistiche. Un cambiamento così, in una realtà come quella italiana, non si improvvisa.

Per questo è importante fare un elogio di *Toscana Medica*, una realtà regionale che per decenni ha cercato di offrire a tutti i medici toscani discussioni, confronti e realtà di pratica medica locale. Un prodotto consapevole

dei suoi limiti, che dovremmo valorizzare tutti di più. Molto del suo impatto dipende dal suo Direttore e dal gruppo di persone che con lui collaborano, ma anche dai tanti professionisti che le hanno dato il loro contri-



buto: credo sia un fatto importante, in questo momento in cui la cultura scientifica della medicina in Italia sta rischiando molto, indicarlo come esempio, seppure di natura locale, anche a livello nazionale. Nella speranza che l'Ordine dei Medici, in collaborazione con le Società scientifiche e gli editori scientifici che esistono anche in Italia si pongano urgentemente l'obiettivo di fornirsi di strumenti di cultura scientifica, ricerca e sanità pubblica che aiutino a non vivere continue emergenze comunicative e prendano atto che lo stato attuale produce fratture pesanti sia dentro il mondo professionale che nel rapporto con la pubblica opinione.

@ paci.eugenio@gmail.com

Al di là dell'elogio per il nostro giornale che ha rallegrato tutta la Redazione, che svolge un pesante lavoro per produrre un giornale quasi professionale pur essendo dilettante, Eugenio pone un problema molto serio. La scienza e la tecnologia evolvono in modo così rapido e travolgente che è difficile per qualsiasi medico essere al corrente di tutto quanto avanza e si rinnova e di come in realtà stiano cambiando le basi metodologiche della medicina. Inoltre il combinarsi delle tecnologie informatiche con la robotica, con la genetica e con le neuroscienze indirizzano verso il superamento dei limiti biologici dell'uomo e pongono alla professione problemi etici sempre più rilevanti. In effetti manca in Italia un'autorevole pubblicazione che cerchi non solo di offrire una visione panoramica ma di avviare una riflessione, filosofica, etica e antropologica sulla medicina e sulla sanità.

Potrebbe farlo la Federazione degli Ordini? Oppure le più importanti società scientifiche o il Ministero o qualche privato? La risposta non è facile, ma l'esigenza posta da Paci è sempre più sentita dai Colleghi.

In conclusione è necessaria una sorta di divulgazione di alto livello, che provochi un dibattito tra i medici ed un aumento della consapevolezza; ciò contribuirebbe a diminuire quello stato di disagio che la professione indubbiamente vive.

Antonio Panti



CONVEGNI

Carcinomi dell'orofaringe HPV correlati: screening, profilassi e terapia

Il convegno, organizzato dalla SODc Otorinolaringoiatria della AOU Careggi si terrà

Venerdì 7 luglio 2017 con orario 8.30-18.30 presso l'Aula Magna 303, Centro Didattico Morgagni, 3° piano, Viale Morgagni 40/44, Firenze.

Vedi programma sul sito dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze.

Segreteria scientifica: SOD ORL AOU Careggi - CTO 055/7946629

@ hpvorlfirenze@gmail.com

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



L'appropriatezza prescrittiva nella specialistica salverà le liste di attesa

di Piero Salvadori



PIERO SALVADORI, medico di comunità presso l'Azienda USL Centro Toscana dove dirige la SOC Gestione Convenzionati. Dal 1999 al 2016 Direttore della UOC Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali a Empoli. Specializzato in Oncologia presso l'Università di Genova nel 1987, specializzato in Igiene e Sanità Pubblica presso l'Università di Firenze nel 1991. Dirigente settore Servizi alla Persona sul Territorio, Regione Toscana 2012/13.

Responsabilizzare il prescrittore porta alla appropriatezza. Nella specialistica, che ha superato come spesa farmaceutica, essa può ridurre le liste di attesa per visite ed esami, anziché continuare ad immettere risorse nel sistema. I dati mostrano che mentre la farmaceutica territoriale va ascritta alla Medicina Generale, la specialistica va ascritta in parte maggiore agli specialisti.

Parole chiave:
appropriatezza prescrittiva,
specialistica, responsabilizzazione
del medico prescrittore

L'appropriatezza in sanità è definita come la misura di quanto una scelta o un intervento diagnostico o terapeutico sia adeguato rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario.

Una ampia variabilità comportamentale prescrittiva dei medici è un indice indiscutibile di inappropriatezza. L'inappropriatezza comporta quindi ed inevitabilmente spreco di risorse sanitarie, economiche e temporali a carico del Sistema e della Comunità.

Se si esamina il consumo di risorse extra-ospedaliere si può ben affermare che, mentre il 94% della spesa farmaceutica territoriale vede come prescrittore il medico di medicina generale, per quanto riguarda il consumo di risorse afferenti alla Specialistica (siano esse vi-

site mediche o esami diagnostici), inteso come numero di prestazioni consumate, la responsabilità risulta divisa circa a metà tra i medici di medicina generale e gli specialisti, siano essi ospedalieri puri o ambulatoriali. Se invece andiamo a misurare il costo delle prestazioni specialistiche prescritte, esso è a maggior carico dei medici specialisti. In pratica i medici di medicina generale prescrivono un numero di esami di basso costo, mentre gli specialisti richiedono esami diagnostici più costosi: sia esami di laboratorio che diagnostica per immagini, ad esempio TAC e/o RMN.

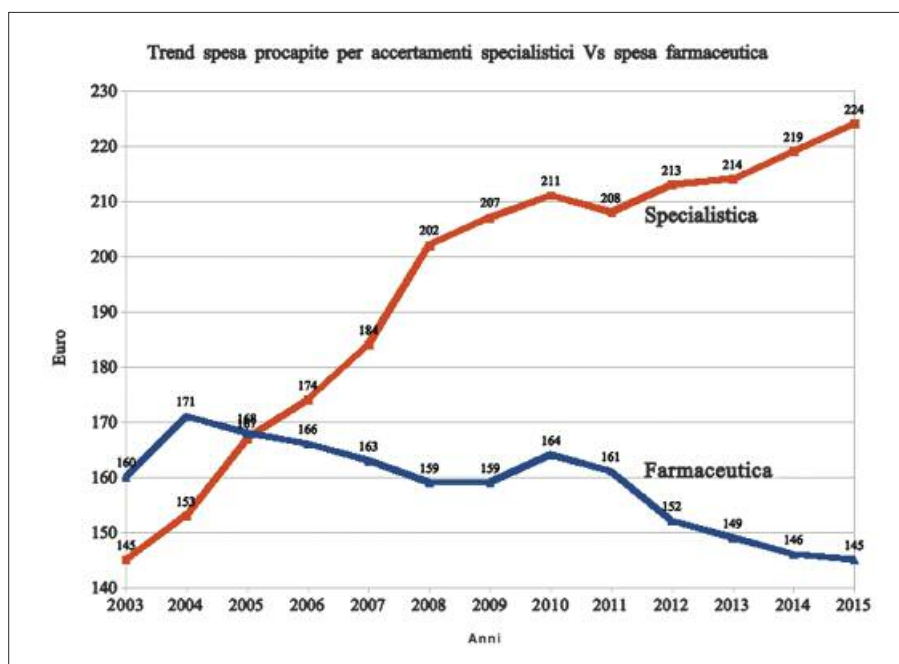


Figura 1 - Comparazione trend temporale spesa pro-capite farmaceutica vs specialistica.

Tipologia di prestazione		% inappr. 2 o più ripetiz.ni / anno	Costo	% inappr. 3 o più ripetiz.ni / anno	costo	Numero max. di ripetizioni
diagnostica	eco addome	14,8	3.088.370	2,3	451.957	11
	eco cuore	7,6	1.151.652	0,9	124.539	5
	eco tiroide	5,8	297.287	0,3	16.070	4
	mammografia	32,2	8.258.417	2,1	511.548	7
	pap test	1,8	183.293	0,1	10.880	4
	rmn ginocchio > 65 anni	4,9	1.471.370	4,7	1.426.174	3
	tac ginocchio > 65 anni	5,0	331.435	4,4	291.261	2
visite	allergologica	4,2	700	0,1	25	8
	cardiologica	9,7	25.000	2,0	5.150	5
	chirurgia vascolare	13,0	4.150	3,4	1.100	5
	chirurgica	12,3	10.925	1,5	1.350	5
	dermatologica	6,0	13.125	0,8	1.800	4
	diabetologica	7,6	2.400	0,6	200	6
	endocrinologica	7,2	4.525	0,7	450	3
	fisiatrice	5,9	1.925	0,2	75	2
	gastroenterologica	11,6	5.125	3,4	1.500	10
	ginecologica	15,3	22.675	4,5	6.600	5
	neurologica	14,4	16.950	2,8	3.325	10
	oculistica	7,3	13.175	1,7	2.975	25
	oncologica	17,3	3.100	5,4	975	6
	ortopedica	11,5	24.825	1,7	3.625	6
	orl	10,3	19.875	1,8	3.450	5
	pneumologica	13,6	5.025	1,8	650	6
	senologica	11,7	6.600	2,0	1.125	9
urologica	16,8	17.600	3,7	3.850	7	
Tot. Regione		10,7	14.979.524	2,1	2.870.653	
Media inapp.za visite		10,9		2,1		

Tabella 1 - Frequenza di ripetizione nell'anno 2015 di alcune tipologie di esami diagnostici e delle visite specialistiche.

In precedenti occasioni queste problematiche sono state già affrontate su Toscana Medica (n. 1 e n. 3/2015; n. 2 e n. 11/2016), ma l'evidente mancanza di governo della Specialistica impone ulteriori riflessioni ed anche proposte al fine di migliorare il Sistema. Tutti i dati riportati in Tabella 1 si riferiscono (come del resto quelli dei citati passati articoli) alla realtà della ex AUSL 11 di Empoli, anno 2015, che non credo sia però molto difforme e distante, come comportamento, dalle altre realtà toscane e può pertanto essere assunta come paradigma per ulteriori riflessioni e proposte.

La drammaticità della situazione è riportata chiaramente nella Figura 1: mentre la spesa farmaceutica pro-capite per cittadino pesato per età si è mantenuta costante negli anni ed anzi è sensibilmente diminuita (segno di uno stretto

governo della situazione), la spesa per la specialistica intesa come diagnostica di qualsiasi tipologia e visite mediche (escluse le prestazioni del Pronto Soccorso), partendo da valori procapite, pe-

Possiamo evidenziare alcune incongruenze del sistema che contribuiscono ad aumentare, oltre che le spese, anche i tempi delle liste di attesa

sati per età, più bassi di quella farmaceutica, ha assunto negli ultimi anni valori molto più alti della farmaceutica mostrando che il fenomeno non è né controllato né minimamente governato.

Appare ovvio pensare che in tale trend annuo della specialistica si possano trovare notevoli margini di inapproprietezza, la cui correzione potrà portare ad un maggior governo delle liste di attesa. Infatti appare del tutto inefficace ed inefficiente continuare ad immettere risorse nel sistema aumentando solo e soltanto l'offerta di diagnostica o le ore di ambulatorio per le visite specialistiche, senza che vi sia a monte una gestione e un governo della prescrizione medica. Abbiamo visto infatti che oltre la metà (se non di più) di tale prescrizione è a carico degli specialisti ospedalieri ed è ovviamente lì, insieme ai medici di medicina generale, che bisogna agire.

AUSL	n° medici	n° farmacisti	n° statistici	n° amministrativi
Nord-Ovest	2	2	2	1
Centro	3	3	2	1
Sud-Est	1	1	1	1
totale	6	6	5	3

Tabella 2 - Personale da dedicare al progetto proposto per singola Azienda USL.

Intanto ancora una volta possiamo evidenziare alcune incongruenze del sistema che contribuiscono ad aumentare, oltre che le spese, anche i tempi delle liste di attesa. La Tabella 1 riporta la frequenza di ripetizione nell'anno 2015 di alcune tipologie di esami diagnostici e delle visite specialistiche, intese come prima visita. Si può notare come la mammografia sia l'esame che presenta maggiori ripetizioni seguita dall'eco addome. Tra le visite quella oncologica è la più ripetuta seguita da quella urologica. Appare ovvio che la ripetizione, per la stessa persona in date diverse, di per sé non denota inappropriatazza, ma la ripetizione di almeno tre o più esami/visite uguali nell'arco di un anno deve almeno far riflettere.

Proposta per la Regione Toscana.

Sulla base di quanto descritto è possibile elaborare un progetto/proposta, valido per tutto il territorio della Regione Toscana, che preveda la responsabilizzazione del medico prescrittore (medico di medicina generale/specialista ospedaliero e/o ambulatoriale) sia sulla prescrizione farmacologica che su quella di esami e visite specialistiche a carico del SSRT ed eventualmente anche su altri fattori produttivi come i ricoveri ospedalieri, gli accessi al pronto soccorso, la prescrizione di protesi e ausili, la richiesta di trasporti sanitari ordinari, ecc...

Obiettivi:

- responsabilizzazione del prescrittore (N.b. NON del curante, cioè il medico di medicina generale);
- economie di scala attraverso l'appropriatazza e l'omogeneità della abitudine prescrittiva;
- riduzione liste di attesa;
- trasparenza del sistema.

Presupposti necessari:

- disponibilità dei flussi amministrativi regionali e nazionali per analisi: es. FES, SPF, SPA, SDO, PS, AD-RSA, SCR1, SCR2, ausili, trasporti sanitari. Eventuale confronto con database del medico di medicina generale ed ospedale;
- *software ad hoc* per analisi dati e produzione di report personali e per aggregazione con grafica chiara e facilmente interpretabile, con nominativi del prescrittore e della aggregazione di appartenenza;
- disponibilità di un sito *on line* che ciascun prescrittore tramite suo *login* possa consultare in qualsiasi momento per vedere le sue performance confrontate con il raggruppamento a cui appartiene. Es. AFT per i medici di medicina generale, ma anche SOC per i medici dipendenti. Da usarsi in incontri di *audit* e di *peer review*;
- disponibilità di personale a tempo pieno come da Tabella 2 in proiezione da strutture già esistenti.

I medici devono avere competenze relazionali, statistiche ed epidemiologiche (medici di comunità, ma anche medici di medicina generale, coordinatori di AFT o specialisti, formati *ad hoc*). Anche i farmacisti oltre alla ovvia conoscenza della materia necessitano di competenze simili ai medici.

Destinatari: MMG, PDF, CA, specialisti AUSL e AOU, specialisti ambulatoriali interni. A questo proposito, proprio con le ultime leggi di riforma sanitaria sia nazionali che regionali si è raggiunto tra i professionisti prescrittori un tal livello di omogeneità che è possibile tranquillamente e oggettivamente confrontare tra loro sia le aggregazioni che i singoli sulla base delle loro abitudini prescrittorie. I vari livelli di aggregazione sono rappresentati nella Figura 2.

Materiali: i dati dovranno essere standardizzati per assistiti pesati per età, divisi per il numero di assistiti in carico nel caso dei MMG/PDF e per le ore lavorate in 1 anno per gli specialisti sia dipendenti che convenzionati e Continuità Assistenziale.

Risultati attesi: appropriatazza, risparmi, omogeneità comportamentale, trasparenza del sistema e riduzione liste di attesa.

@ piero.salvadori@uslcentro.toscana.it

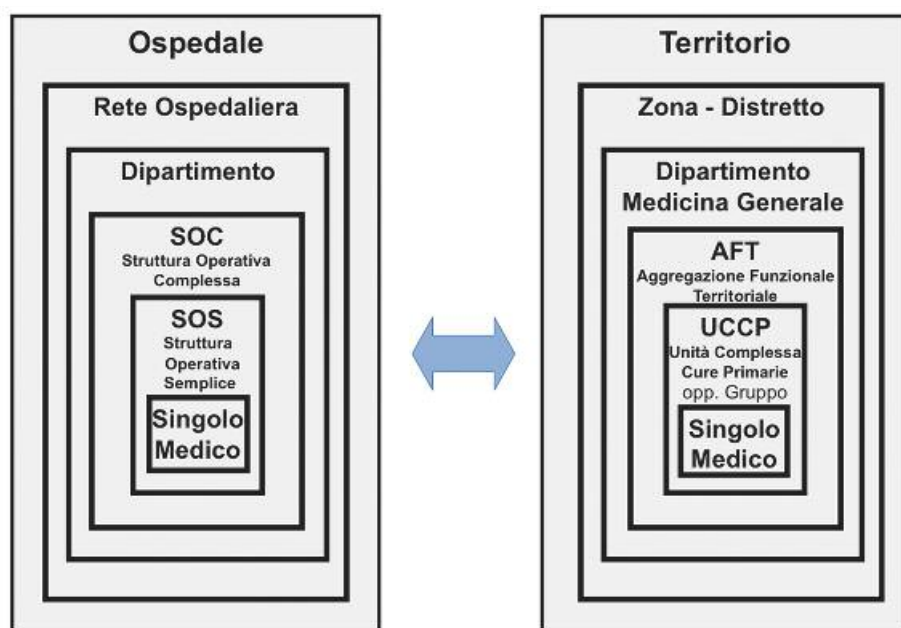


Figura 2 - Livelli di aggregazione omogenei dei medici prescrittori nelle AUSL Toscane.

Storie allucinanti di una realtà sommersa

La struttura di tossicologia forense dell'AOUC racconta

di Elisabetta Bertol



ELISABETTA BERTOL, *Professore Ordinario di Tossicologia Forense, Università degli Studi di Firenze. Direttore Struttura di Tossicologia Forense Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.*

L'interesse sempre maggiore per le cosiddette Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) non deve fare tuttavia dimenticare quanti e quali siano i danni ancora provocati dalle droghe cosiddette tradizionali. L'Autrice, partendo da quest'ultima considerazione, riporta alcuni casi particolarmente significativi di casistica tossicologica acuta in età pediatrica, tratti dalla serie di 38 osservati a Firenze nel 2016.

Parole chiave:
tossicologia forense, cocaina,
eroina, intossicazione acuta,
età pediatrica

Nel campo dell'uso e abuso di sostanze stupefacenti, di alcol, di sostanze psicoattive di nuova generazione (*tabellate* o meno per il nostro ordinamento) l'incremento dell'offerta, e quindi la diffusione del consumo a vasto raggio, continua ad essere un problema, ad avviso di chi scrive, parzialmente sottovalutato, o talvolta non correttamente valutato essendo spesso distorta l'opinione degli esperti nel campo, talvolta non aggiornata nell'acquisizione di informazione e formazione scientifica *ad hoc*.

Per quanto concerne lo specifico argomento delle "nuove droghe", o meglio delle *Nuove Sostanze Psicoattive* è stato pubblicato un articolo su questa stessa rivista, nel mese di gennaio 2016, e si può riconfermare che la loro diffusione rappresenta a tutt'oggi un serio problema, soprattutto, come sottolineato nell'articolo, a causa della difficile individuazione delle medesime, sia su materiale non biologico (sequestri) che su materiale biologico (viventi, deceduti), e ciò soprattutto per la carenza di disponibilità, per la

maggior parte dei laboratori di settore, degli analiti *standard* di riferimento. (Toscana Medica 1/2016: <http://www.toscanamedica.org/87-toscana-medica/qualita-e-professione/96-le-nuove-droghe-sintetiche>).

Tuttavia è necessaria anche una riflessione diversa, che sorge imperativamente nel constatare che da qualche anno sia nelle sedi scientifiche che in quelle congressuali (idonee a fornire informazione, casistica, prevenzione) così come anche nelle fonti della letteratura di settore, tutta l'attenzione nel tema "droga" è ormai concentrata al massimo e quasi esclusivamente proprio sulle *Nuove Sostanze Psicoattive*, sia a livello nazionale, che europeo, che internazionale.

È infatti difficile oggi pensare che un ricercatore possa ambire a "portarsi a casa" finanziamenti erogati attraverso bandi nazionali o europei se il tema del progetto non riguarda le NSP; è difficile attrarre l'attenzione dei media se non parlando di *Nuove Sostanze Psicoattive*; anche nella formazione primaria e secondaria si richiede la partecipazione di



esperti in argomento per lezioni, conferenze, seminari, sempre con attenzione alle *nuove droghe*.

Tutto ciò è cosa buona ed importante, ma la riflessione che può venire di conseguenza e che può anche sembrare un tantino *azzardata* è che tutto questo *boom* di *pubblicità* (da quella di facile effetto mediatico a quella più seria e scientifica) che ruota attorno alle *Nuove Sostanze Psicoattive* possa servire a distogliere l'attenzione, quasi fosse un *disegno* strategico, nei confronti dei traffici della *droga tradizionale*, che quindi, parzialmente indisturbati, continuano a imperversare, a crescere e a mietere vittime.

Di fatto, riguardo ai casi venuti alla conoscenza diretta della Struttura di Tossicologia Forense della AOUC, nella no-

Con riferimento all'infanzia, è degna di osservazione una allucinante realtà di casistica tossicologica acuta in bambini al di sotto dei tre anni di vita, tra i quali anche neonati

stra quotidianità di operatori nel settore di diagnostica e monitoraggio dei casi di intossicazione che pervengono dalle varie unità di Pronto Soccorso, con particolare riguardo all'età delle persone vittime di intossicazione, è stato singolare l'accentuarsi, nell'ultimo periodo di osservazione, di un certo numero di casi – non indifferente – riguardante la fascia di età minorile, ed in particolare quella della prima infanzia.

Con riferimento all'infanzia, è degna di osservazione una *allucinante* realtà di casistica tossicologica acuta in bambini al di sotto dei tre anni di vita, tra i quali anche neonati.

Ancora più sorprendente è che, se per qualche caso si tratta di intossicazione acuta accidentale, per altri casi si può parlare di somministrazione volontaria di “droga” – mi si conceda il termine poco scientifico, ma più diretto – a scopi non ufficialmente dichiarati o accertati, ma intuibili.

In quest'ottica, consapevoli altresì che quella che arriva alla nostra osservazione è solo una casistica di un ordine di grandezza **estremamente inferiore alla reale situazione**, si precisa che nel 2016 si sono avute – riguardo ai casi di intossicazioni acute di minori – un numero di richieste di poco inferiore alla quarantina e precisamente in numero di 38. Di queste comunque circa la metà riguardavano bambini molto piccoli, per i quali l'intossicazione acuta, che ha comportato il ricovero, è da considerarsi accidentale in una quota parte di casi, in altri volontaria.

Anche negli anni immediatamente precedenti erano giunti alla nostra osservazione casi di sconcertante gravità,

seppur in misura minore per mancanza di informazione negli ambienti di pronto soccorso, dell'esistenza di una struttura come la nostra, dalle capacità analitiche sempre in progressivo aggiornamento ed evoluzione tecnologica.

Per i casi *accidentali* ci si riferisce spesso ad accidentalità dovute alla trascuratezza e mancanza di vigilanza ed attenzione di genitori o parenti che, facendo parte del mondo della *droga* vuoi come consumatori vuoi anche come spacciatori/piccoli trafficanti, lasciano incustodita e alla portata dei piccoli la loro *merce*.

In questa casistica i derivati della cannabis (dall'erba alla resina) occupano una buona quota parte dei casi, compresa una sola occasione di uso di cannabinoidi sintetici, dovendosi per lo più gli episodi di intossicazione acuta ai cannabinoidi naturali, ed in particolare al tetraidrocannabinolo (THC).

Da considerare singolare che in casi come questi l'attenzione del clinico è focalizzata, sempre, alla richiesta di *sostanze particolarmente tossiche*, o di cannabinoidi sintetici, quasi a voler disconoscere a priori – pur di fronte a intossicazioni in piccoli bambini o neonati – la reale pericolosità dei derivati della cannabis.

Il resto della casistica riguarda altre sostanze tradizionali, dalla cocaina all'eroina.

Non si registrano, in questa parte della nostra casistica, casi di *nuove droghe*, benché sempre analiticamente ricercate, facendo parte della competenza della Struttura l'attuazione del loro *screening* sia su urina, che su sangue e su matrice pilifera.

Ancora più sorprendente è che, se per qualche caso si tratta di intossicazione acuta accidentale, per altri casi si può parlare di somministrazione volontaria di “droga”

I casi di ancora più *allucinante* realtà sono riferibili alla casistica *non* accidentale di intossicazioni acute in bambini molto piccoli ai quali volontariamente viene somministrata la sostanza stupefacente, che, per i casi giunti alla nostra osservazione, è sempre riferibile a sostanze cosiddette *tradizionali*, ed in particolare cannabis, eroina e/o cocaina.

Si vuole ribadire che i casi studiati sono pervenuti alla nostra osservazione **solo** perché giunti in stato di coma o di allucinazioni o di agitazione psicomotoria al presidio di Pronto Soccorso del territorio di residenza (tutti i casi descritti riguardano la Regione Toscana). Solo con indagini tossicologiche sulla matrice pilifera, che ci consente di accertare eventuale uso pregresso, sono venute alla luce le storie che descriviamo.

Caso di bimba di anni 1 e 4 mesi ricoverata al Pronto Soccorso di una città della Toscana per *disappetenza* e stato di *ipotonìa generalizzata* e iporeattività, sfociata poi in necessità di trasferimento in rianimazione per alterata dinamica respiratoria.

Oltre agli esami ematochimici di *routine* la bambina veniva sottoposta anche a *screening* tossicologico, con positività per benzodiazepine e sorprendente-

mente per cocainici. Vista la mancanza di specificità e di sicurezza diagnostica dei *kit* di *screening* impiegati, venivano recapitati alla nostra struttura di Tossicologia Forense un minimo residuo di urine unitamente ad un campione di sangue e, su mia personale richiesta, di un campione di matrice pilifera (capelli).

Nei campioni biologici è stata riscontrata la presenza nelle urine di benzodiazepine con identificazione di midazolam e del metabolita α -idrossi-midazolam, nonché di cocaina e del metabolita benzoilecgonina.

Nel sangue positività lieve per midazolam e α -idrossi-midazolam; nella matrice pilifera positività estremamente elevata di cocaina e del metabolita benzoilecgonina.

Si fa presente come in questo caso la *scoperta* di consumo di cocaina da parte della bimba sia avvenuta *per caso* e per mero scrupolo diagnostico, in quanto la piccola era stata ricoverata in rianimazione per difficoltà respiratoria per sovradosaggio di benzodiazepine. Anche a proposito di queste, rimane comunque di difficile comprensione l'uso inconsulto di una molecola di potente effetto sedativo ed ipnoinducente, il midazolam, peraltro di sola disponibilità ospedaliera (ma di cui è ricco il mercato clande-

stino, anche sul web, in quanto *droga da sballo*), se non pensando alla volontà di genitori che *necessitavano* di sedare l'iperreattività di una bimba esposta ad uso indiscriminato di cocaina. Da osservare che l'esposizione alla cocaina non è attribuibile ai giorni immediatamente precedenti il ricovero, ma ad una **esposizione molto pesante** nel tempo riferibile ai precedenti 3-4 mesi.

In ottemperanza alla richiesta della magistratura inquirente, veniva eseguito controllo per l'uso di stupefacenti anche sulla matrice pilifera di entrambi i genitori della bimba, riscontrandosi importanti livelli di cocaina e metabolita per il padre, dimostrativi di un uso pesante della molecola, e livelli inferiori (ma sempre significativi di uso costante) per la madre.

Caso di bimbo di circa 4/5 mesi, quindi neonato, che era stato ricoverato d'urgenza al reparto pediatrico di una provincia toscana, in quanto *“sembrava morto”* come la sorella, di circa 11 anni, riferiva dal proprio telefonino specificando che chiamava *“di nascosto”* il 118. La bimba, spaventata dall'episodio, raccontava in seguito che *“non era la prima volta”* che il fratellino dopo essere stato nutrito con il biberon (esclusa quindi l'evenienza dell'allattamento materno) cadeva in un sonno profondo.

In tale occasione però il bambino *“aveva le labbra blu”*, sempre come raccontato dalla sorella. I paramedici dell'unità mobile di pronto soccorso rianimavano prontamente il bimbo, e provvedevano ad immediato ricovero.

La nostra Struttura di Tossicologia Forense veniva interessata solo il giorno successivo, per avere contezza più



specifica dell'accaduto, in quanto – fortunatamente – il neonato si era perfettamente ripreso a seguito di somministrazione del farmaco Narcan Neonatal, il cui principio attivo, come noto, è indicato nella terapia della depressione respiratoria causata da sovradosaggio di oppiacei. La somministrazione del farmaco era stata eseguita in quanto veniva accertato che la madre era dipendente da eroina, ed usava metadone in terapia disintossicante a scalare. Le urine del neonato erano state nel contempo esaminate in ospedale per la ricerca delle principali sostanze stupefacenti, risultando positive per oppiacei e metadone (kit immunochimici). Il residuo di urine (corrispondenti quindi al giorno del ricovero) ed un prelievo della matrice pilifera richiesti allo scopo dalla nostra Struttura davano come risultato una positività urinaria per morfina (38,3 ng/ml) e mono-acetilmorfina (15,6 ng/ml), quest'ultima dimostrativa di uso di eroina, e per metadone (115,5 ng/ml).

Per quanto riguarda la matrice pilifera, si trattava della rasatura della testolina del bimbo, che presentava pochi capelli, mai tagliati fin dalla sua nascita. In questo *pool* di materiale pilifero è stata riscontrata la presenza di metadone (85 ng/mg) ed assenza di oppiacei e metaboliti.

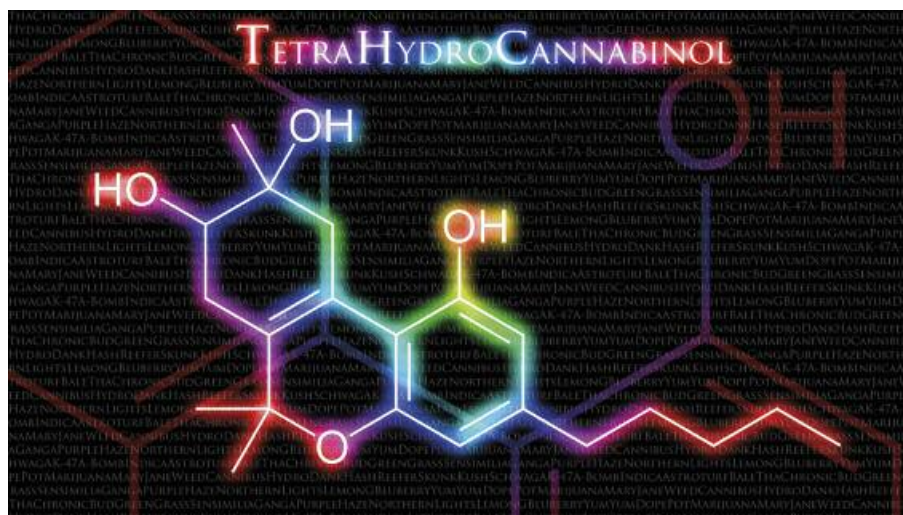
Lo stato di sovradosaggio da oppiacei che ha fatto scattare il ricovero è dunque da considerarsi episodico, ma molto grave, tale da spaventare la sorellina e permettere comunque di salvare il bimbo. Da segnalare tuttavia che l'esame dei capelli del bimbo testimonia invece una esposizione piuttosto pesante e continua al metadone.

Non essendo mai stato allattato, è da supporre che le sostanze stupefacenti (eroina nel caso che ha portato al ricovero e metadone fin dalla nascita), fossero somministrate al bambino a scopo di sedazione.

Tutti gli accertamenti sono stati eseguiti su disposizione della magistratura.

Caso di intossicazione acuta da cannabis in **bambina di poco più di un anno**, portata dalla madre ad un Pronto Soccorso della Toscana.

La bimba versava in uno stato soporoso alternato a stato di agitazione psicomotoria, e sintomatologia neurologica acuta.



Prelievo delle urine e del sangue effettuati circa tre ore dopo l'ingresso in Pronto Soccorso. Il Laboratorio ospedaliero locale segnalava nelle urine unicamente presenza di cannabinoidi.

La madre, reticente sulle modalità dell'accaduto, ammetteva poi di fare saltuario uso di cannabis.

I medici dell'UO Pediatria inviavano quindi alla Struttura di Tossicologia Forense dell'AOUC Firenze i campioni di urina e di sangue (gli stessi del prelievo di cui sopra), chiedendo la conferma del test urinario, gli accertamenti sul sangue, ed anche un accertamento sui capelli della bimba.

I risultati sul sangue e sulle urine rilevavano concentrazioni *estremamente elevate* del metabolita del tetraidrocannabinolo (principio attivo della cannabis) rispettivamente pari a 48,9 e 241,16 ng/ml. Negatività nella matrice pilifera.

I livelli sono tali da escludere in assoluto la possibilità di *fumo passivo*; la presenza nel sangue alla concentrazione sopra riportata, fa deporre per una concentrazione *significativamente* più elevata – al momento dell'accadimento rispetto all'ingresso in Pronto Soccorso – stante la farmacocinetica dei metaboliti della cannabis che lasciano *rapidamente* il torrente circolatorio; è da supporre (anche dai pochi indizi ricavabili dalle reticenti dichiarazioni della madre) che la bimba potesse avere ingerito una imprecisata quantità di una preparazione della cannabis (marijuana o più probabilmente hashish); il caso è da considerarsi emblematico esempio di una sottovalutazione della pericolosità e dei rischi insiti nell'uso di una

sostanza considerata ancora, in modo così obsoleto e antiscientifico, *leggera*, ma anche perché, nella specifica circostanza, si trattava di un minore assolutamente incapace di discriminare cosa possa essere ingerito o meno (bimba di soli 13 mesi) che aveva trovato nella propria disponibilità, tra le mura domestiche, la sostanza che le ha provocato l'intossicazione acuta con sintomatologia neurologica tale da indurre la madre a portarla al Pronto Soccorso.

Bimba di anni 2 circa, straniera, ricoverata d'urgenza in Pronto Soccorso, in preda a stati di delirio con urla e tremori – come fosse in preda a terrore – per intervento dei vicini di casa, che avevano provveduto a chiamare soccorso. I vicini avevano raccontato anche come tali episodi fossero ricorrenti nel periodo dell'ultimo anno, da quando cioè la famiglia si era trasferita in Italia.

I primi esami eseguiti su campione ematico ed urinario avevano rilevato elevati livelli di metabolita del principio attivo della cannabis (rispettivamente 24,4 e 264,02 ng/ml). Sempre per approfondimento diagnostico, sulla matrice pilifera (10 cm di capelli) è stata riscontrata presenza del metabolita dei cannabinoidi e di metaboliti delle benzodiazepine.

In questo caso è d'uopo sottolineare come l'esposizione alla cannabis della bambina non sia da considerarsi *passiva* ma dovuta a somministrazione pesante da parte di terzi, e la presenza nei capelli fa capire come l'episodio che ha portato al ricovero d'urgenza non fosse dovuto ad *accidentalità*, ma che tale situazione perdurasse da almeno 10 mesi. Si sottolinea inoltre che, data la scar-

sa affinità dei metaboliti della cannabis per la matrice pilifera, il referto positivo nella suddetta matrice testimonia un consumo importante, di elevata entità.

Di abuso di cannabis si parla anche in episodio di **minorenne (anni 12)**, di sesso maschile, straniero, ricoverato in preda ad episodio di allucinazioni (poi descritto come di carattere uditivo ...*“sentivo urla di persone che mi inseguivano”*) mentre correva in una via della città. Dopo sedazione e rientro in una situazione di *normalità* il ragazzo riferiva di essere un consumatore saltuario di derivati della cannabis fin da quando – già all'età di circa 8-9 anni *“rubava pezzetti di fumo”* al fratello.

Nell'occasione tuttavia, nonostante il ricovero, non fu eseguito prelievo di campioni biologici (né sangue né urine) nell'immediato, ma solo un campione urinario, alcuni giorni dopo, che dava ancora positività accentuata (19,48 ng/ml) per il metabolita fondamentale del tetraidrocannabinolo.

L'episodio psicotico (è noto che la cannabis, specie in età adolescenziale, può ingenerare, come sintomatologia importante, proprio una psicosi tossica) è il risultato di una assunzione eccessivamente elevata di una preparazione della cannabis classificabile, con ogni verosimiglianza, tra quelle che oggi sempre più spesso vengono ad essere presenti sul mercato clandestino, provenienti da

coltivazioni forzate e selezionate al fine di sintetizzare un contenuto di principio attivo oltre 10 volte superiore alle preparazioni comunemente presenti in natura. È noto che anche in Italia esistono distese e distese di queste coltivazioni in cui l'ambiente particolarmente idoneo porta a prodotti oltremodo tossici.

Si vuole ribadire che è proprio in età adolescenziale che il pericolo dell'assunzione di cannabis è maggiore, in particolare della tipologia ad alto contenuto di principio attivo e ciò non solo per i danni sui tipici recettori cerebrali dei cannabinoidi, siti nel lobo frontale, in un cervello in piena evoluzione, ma anche per gli effetti comportamentali, decisamente pericolosi per l'incolumità stessa dell'assuntore.

Si vuole sottolineare che episodi analoghi all'ultimo descritto per modalità di assunzione e per effetti prodotti, sono stati registrati in numero di 5 nell'arco di soli 2 mesi.

Caso di una bambina di anni 12, straniera, pervenuta in Pronto Soccorso in preda ad agitazione psicomotoria incontenibile, non collaborante, che rischiava, dimenandosi, di “sbattere la testa” e tale da indurre i parasanitari e immediatamente dopo i sanitari alla contenzione e alla sedazione.

Il prelievo ematico ed urinario, eseguiti al momento del ricovero, inviati

per approfondimenti analitici alla Struttura di Tossicologia Forense, rilevavano presenza di cocaina (15,65 ng/ml) e suo metabolita (185 ng/ml) nel sangue, dove si riscontrava anche un alto livello di alcol (1,35 g/litro). L'urina mostrava presenza di cocaina e suo metabolita, e non era stato consentito il prelievo della matrice pilifera.

Successivamente, circa due mesi dopo, la ragazzina veniva accompagnata dai genitori per una “diagnosi di eventuale uso pregresso” di stupefacenti e/o di alcol, dopo che la stessa aveva acconsentito, proprio malgrado, di seguire una sorta di intervento psicologico di sostegno.

Ne risultava un uso pesante (da definirsi non sporadico/occasionale) di cocaina, con l'evidenza, grazie allo studio dei fondamentali moderni marcatori (etiglicuronide ed esteri etilici degli acidi grassi – FAEE), anche di un pesante abuso di alcol.

La storia, nel suo complesso, viene confermata dalla struttura di sostegno psicologico, che descrive anche “pesante disagio psichico in bambina con problemi di disagio familiare”. Non è stato consentito indagare sull'uso di stupefacenti nell'ambito della famiglia.

Bimba di anni 7, in famiglia di condizioni economiche medio-elevate, socialmente ben inserita, e apparente-



mente senza problemi di disagio, ad eccezione di un rendimento scolastico molto scarso, preoccupante a dire della maestra, non rispondente all'intelligenza della bambina.

Un giorno la bimba è stata ricoverata presso il reparto di Osservazione Tossicologica di un Pronto Soccorso di una provincia della Toscana per episodio di perdita di coscienza. Erano stati i genitori stessi a far ricoverare la figlia. Gli accertamenti eseguiti sul sangue avevano dato negatività per le principali sostanze stupefacenti (la bimba era stata portata al Pronto Soccorso a distanza di ore dall'episodio narrato dai genitori), mentre gli accertamenti urinari avevano dato positività per MDMA (estasi) e suo metabolita (MDA), per il metabolita del tetraidrocannabinolo, nonché per morfina, codeina, monoacetilmorfina (quest'ultimo metabolita indica assunzione di eroina).

Questa situazione di poliassunzione, vista l'età della paziente, ha indotto ad indagare, tramite esame della matrice pilifera, su consenso dei genitori, riguardo ad un eventuale pregresso uso di sostanze, ottenendosi positività per metaboliti degli oppiacei, e non per le altre sostanze riscontrate nelle urine.

I servizi sociali, interessati in merito all'episodio, hanno potuto poi accertare che era proprio la famiglia (entrambi i genitori) a fare uso di oppiacei (testimoniato anche da periodi di frequentazione dei servizi per le dipendenze) ma di non "disdegnare" anche uso di cannabis e, quando fosse possibile, anche di ecstasy o altri amfetaminici. Entrambi i genitori negavano in modo categorico che la piccola potesse – anche episodicamente – fare uso di stupefacenti, assicurando l'assistente sociale in merito alla loro attenzione a "non lasciare mai incustodita" nella disponibilità della figlia alcuna sostanza.

Di fatto, anche questo episodio acuto (con ricovero) ha permesso poi di indagare nel pregresso e di constatare una esposizione non episodica a vari ti-

Nei casi descritti, come per altri sempre giunti alla conoscenza della Struttura, è stato possibile l'intervento delle Unità di supporto psicologico e sociale, con allontanamento dei minori dalla famiglia, ma ci si chiede tuttavia quanto anche questo gravi sul futuro psichico di queste vittime.

pi di droga. Ma la storia davvero più allucinante riguarda un recente episodio, nato dalla richiesta di esame tossicologico sui capelli di **bambino di mesi 14** da personale sanitario di un reparto di rianimazione pediatrica in stato ipotonico, soporoso, con miosi, con necessità di intubazione e ventilazione. Primi esami tossicologici delle urine riscontravano positività per metadone. La richiesta di esame dei capelli nasce dalla volontà di approfondimento diagnostico dal momento che il bimbo, una volta risolta la situazione indotta dal sovradosaggio di metadone, era caduto in una classica *sintomatologia astinenziale*. Il risultato degli esami condotti sulla matrice pilifera dava esito positivo non solo per il metadone, ma anche per metaboliti dell'eroina e della cocaina. Il magistrato, interessato del fatto, mi nominava consulente allo scopo di eseguire un ulteriore prelievo di capelli del bambino, onde poter eseguire analisi "seriate", con consenso informato della madre. Veniva richiesto anche prelievo ed indagini tossicologiche sui capelli degli altri figli, un fratellino dell'età di circa 2 anni e mezzo, e altro minore di anni 12. Le analisi tossicologiche sono state eseguite in maniera seriate (esaminando quindi segmenti di un centimetro) potendosi così risalire all'eventuale uso di sostanze stupefacenti fino a circa 5 mesi prima del prelievo.

Si sottolinea che per tutti i bambini, e per tutti i tratti di capelli, è risultata una esposizione piuttosto significativa, non occasionale, e soprattutto relativa a sostanze stupefacenti che in genere non vengono assunte contemporaneamente, proprio a causa degli effetti diametralmente opposti che esse ingenerano.

È stato accertato che i genitori sono persone dipendenti da stupefacenti (il padre da eroina, in terapia con metadone) ma con precedenti di spaccio di sostanze stupefacenti: le ipotesi degli inquirenti sono pertanto da ricondurre a due. La prima, quella che si può considerare la più *rosea*, è che i genitori, impegnati nelle loro attività di spaccio, non si preoccupassero minimamente del fatto che i figli vivessero quotidianamente a pesante contatto con vari tipi di droga, esattamente nei locali dove veniva effettuato il confezionamento delle dosi per lo spaccio ed in tal modo la potessero assorbire per esposizione *passiva*. La seconda ipotesi, la peggiore, ma che potrebbe avere maggior fondamento per una serie di fatti circostanziali, non ultimo i livelli di concentrazione elevata dei metaboliti nella matrice pilifera, è quella che volontariamente la *varietà* di droghe venisse somministrata ai figli.

È emblematica, a tale proposito, la ritrosia e la caduta in contraddizione del minore di 12 anni, di fronte alle do-



Azienda
Ospedaliero
Universitaria
Careggi



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE



Servizio
Sanitario
della
Toscana

mande della responsabile dell'Unità speciale della Polizia di Stato per gli episodi di violenza sui minori.

Anche questa sconcertante situazione è venuta a galla solo a causa dell'episodio che ha costretto il bimbo più piccolo al ricovero in rianimazione, probabilmente perché i genitori, per sedare la sua iperattività in seguito ad esposizione pesante a cocaina, gli avevano somministrato un sovradosaggio di metadone.

Dopo la descrizione di solo alcune storie allucinanti, una importante considerazione riguarda il fatto che all'osservazione della sottoscritta, in qualità di direttore della Struttura di Tossicologia Forense dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, giungono **solamente** i casi considerati particolari, in base ad una selezione non certo *protocollata* con una criteriologia standardizzata, ma giudicati tali a completa ed esclusiva discrezionalità del medico di turno.

Spesso l'attenzione del clinico porta all'esigenza di approfondimento, ma altrettanto spesso, anzi, nella stragrande maggioranza dei casi (specie se questi hanno poi avuto esito di risoluzione positiva) non viene ritenuto opportuno l'approfondimento tossicologico.

Ulteriore fondamentale osservazione, calandosi nella realtà della vita quotidiana, è che i casi che giungono comunque all'osservazione e poi – eventualmente – ritenuti degni di approfondimento, sono relativi solo alle situazioni gravi, quelle di emergenza, quelle di ricoveri di bambini in coma.

Se non avviene un intervento medico, che possa ravvedere gli estremi di un ricovero, molta casistica tossicologica riguardante l'infanzia, soprattutto la prima infanzia, passa del tutto inosservata.

Ciò che arriva all'osservazione specifica, mirata e specialistica della Struttura di Tossicologia Forense è pertanto definibile, sicuramente, come la

punta di un iceberg che fa solo intuire l'entità del fenomeno, ma che non permette di quantizzarlo, men che meno di studiarlo.

Nei casi descritti, come per altri sempre giunti alla conoscenza della Struttura, è stato possibile l'intervento delle Unità di supporto psicologico e sociale, con allontanamento dei minori dalla famiglia, ma ci si chiede tuttavia quanto anche questo gravi sul futuro psichico di queste vittime.

Statisticamente parlando, quindi, una valutazione di quanto a fronte di questa allucinante realtà solo episodica, possa essere invece *il reale "sommerso"* meriterebbe una particolare attenzione, dal momento che si tratta di vera e propria violenza nei confronti di minori, inconsapevoli vittime di situazioni familiari che rivelano ben più che un generico disagio psicologico.

I bambini sono nelle nostre mani!

@ elisabetta.bertol@unifi.it

ORDINE DEI MEDICI DI FIRENZE



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

E-mail e PEC:

**presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanamedica@ordine-medici-firenze.it
segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.it**

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

uffici: in orario di apertura al pubblico - internet: sul sito dell'Ordine - telefono: 055 496 522

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 dalle ore 17,45 alle ore 18,45

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

Agenzia Continuità Ospedale-Territorio

Stato dell'arte dell'esperienza senese

di G. Bocci, G. Guadagni, C. Campolmi, M. Randon, S. Zeppi, V. Valenti, S. Pelosi, M. Morelli, L. Stefani, C. Cepollaro, M.G. D'Amato

L'Agenzia per la Continuità Ospedale-Territorio rappresenta un punto fondamentale nella presa in carico del paziente fragile al momento delle dimissioni ospedaliere. Nel giugno 2016 l'Agenzia Continuità Ospedale-Territorio (ACOT) aveva ricevuto complessivamente 2.797 segnalazioni, gestite attraverso una nuova piattaforma online.

Parole chiave:
ACOT, presa in carico, paziente fragile, cronicità

Introduzione

Secondo i dati ISTAT, nel 2015 gli ultra-sessantacinquenni hanno raggiunto i 13,4 milioni ovvero il 22% del totale, cifra che mette in evidenza il progressivo invecchiamento demografico della popolazione italiana. Ciò comporta inevitabilmente un aumento significativo del numero di persone affette da malattie croniche e di conseguenza un aumento di ricoveri per tali patologie che al momento della dimissione ospedaliera si presentano come *dimissioni complesse*.

Tutto questo rappresenta una condizione alla quale il sistema sociosanitario deve provvedere offrendo risposte appropriate.

L'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT) ha lo scopo di garantire ai pazienti in dimissione da un reparto ospedaliero in condizioni di limitata autonomia, la continuità terapeutica e assistenziale per assicurare la presa in carico multidisciplinare nel territorio.



GLORIA BOCCI, laurea in Medicina e Chirurgia (marzo 2012) presso l'Università degli Studi di Siena. Dal 2013 frequenta la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università degli Studi di Siena. Attualmente svolge tirocinio formativo presso la UO Attività Sanitarie di comunità, Zona Senese.

GIOVANNI GUADAGNI, Medico in formazione in Medicina Generale, Università degli Studi di Siena.

CARLA CAMPOLMI, MARTA RANDON, SIMONETTA ZEPPI, VALERIA VALENTI, SIMONE PELOSI, MONICA MORELLI, LORENA STEFANI, CHIARA CEPOLLARO, MARIA GIOVANNA D'AMATO
Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio, area Provinciale Senese, Azienda Usl Toscana Sud-Est.

Target

Pazienti di tutte le età che non necessitano di un livello di intensità di cure tali da giustificare la permanenza in un reparto, ma che avendo un alto livello di intensità assistenziale per ragioni sanitarie e/o sociali richiedono un accompagnamento verso la collocazione residenziale o domiciliare appropriata.

Materiali e Metodi

In seguito alla segnalazione all'ACOT, effettuata dal medico e dal-

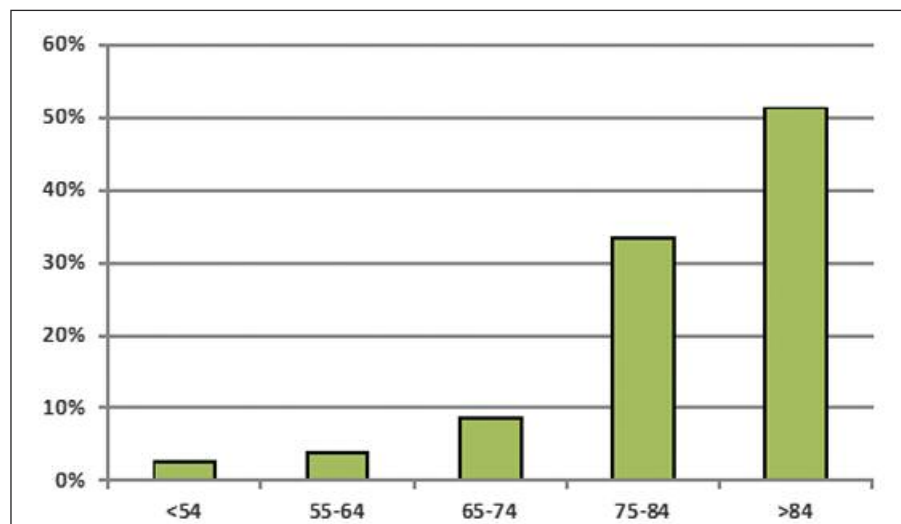


Figura 1 - Utenti segnalati divisi per fasce d'età.

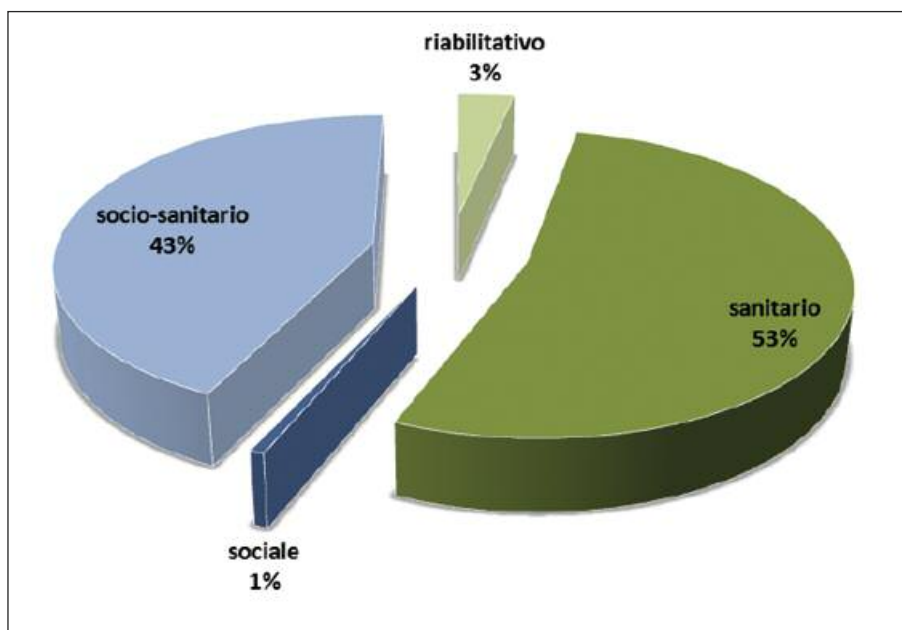


Figura 2 - Tipologia delle segnalazioni.

l'infermiere di reparto, previo consenso del paziente stesso o delle persone di riferimento, un team multidisciplinare formato da infermieri, assistente sociale e medico di comunità definisce insieme al personale di Reparto, al medico di medicina generale e alla famiglia, il percorso assistenziale più appropriato per il paziente, attraverso un'assistenza personalizzata. Il tutto costantemente in rete con l'ufficio protesi-ausili della zona/distretto.

Gli effetti generati dall'interazione fra malattie e la loro gestione, nonché le complicazioni derivanti da condizioni di fragilità sociale, richiedono, come abbiamo già detto, una presa in carico individualizzata del paziente complesso. Per questo è necessario sia provvedere alla definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) da parte del Gruppo di progetto territoriale al momento della dimissione, sia all'elaborazione di progetti assistenziali a medio e lungo termine, al fine di favorire la prosecuzione del percorso nei passaggi successivi in maniera appropriata.

Risultati

Una prima fase sperimentale con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS) è iniziata il 6 ottobre 2014 mentre dal gennaio 2015 è partito il vero e proprio Progetto ACOT con l'aggiunta della segnalazione dei casi complessi da parte dei Pre-

sidi Ospedalieri di Nottola, Campostaggia ed Abbadia San Salvatore.

In questa data è stata anche introdotta la nuova piattaforma online attraverso la quale è possibile identificare il reparto che compila la scheda, verificare il percorso di presa in carico territoriale ed elaborare dati sui tempi di segnalazione e di attivazione del percorso stesso. Al 30 giugno 2016 sono stati segnalati 2.797 casi.

Nella Figura 1 sono riportati gli utenti segnalati divisi per fasce di età.

Come evidente, le segnalazioni più numerose riguardano gli ultra-sessantacinquenni.

Questo andamento, coerente con il quadro epidemiologico-demografico nazionale e internazionale, risulta confermato dall'analisi della struttura della popolazione residente nel 2014 per grandi fasce d'età. Rispetto alla media regionale, nella zona senese la proporzione di ultra-sessantaquattrenni è complessivamente più elevata (rispettivamente 24,76% contro 25,26%). La tipologia delle segnalazioni effettuate all'ACOT può essere suddivisa in quattro aree, come riportato nella Figura 2.

È evidente come, anche se la maggior parte delle segnalazioni ha una motivazione esclusivamente sanitaria, i casi socio-sanitari giocano un ruolo decisamente importante, mentre nettamente più rari sono i casi di segnalazioni di carattere esclusivamente sociale o riabilitativo.

Andando ad analizzare le cause di ricovero dei pazienti segnalati all'ACOT, vediamo che le fratture di femore si posizionano al primo posto e, insieme alle altre fratture, rappresentano il 28% delle cause totali segnalate (Figura 3). Le patologie di tipo respiratorio, in particolar modo la BPCO, insieme alle neoplasie e all'ictus rappresentano le seconde cause più fre-

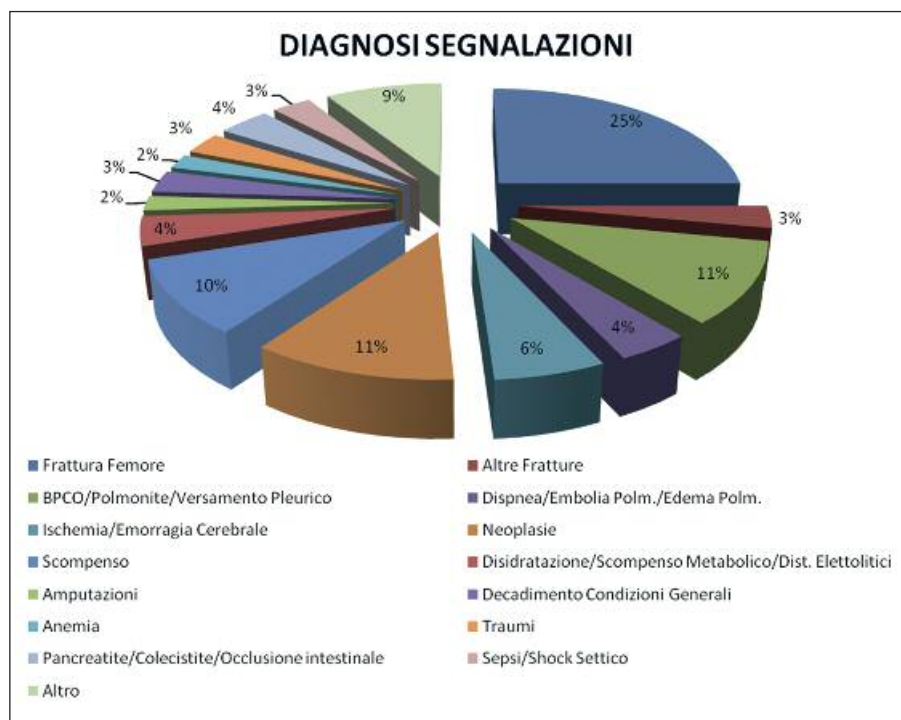


Figura 3 - Cause di ricovero dei pazienti segnalati all'ACOT.

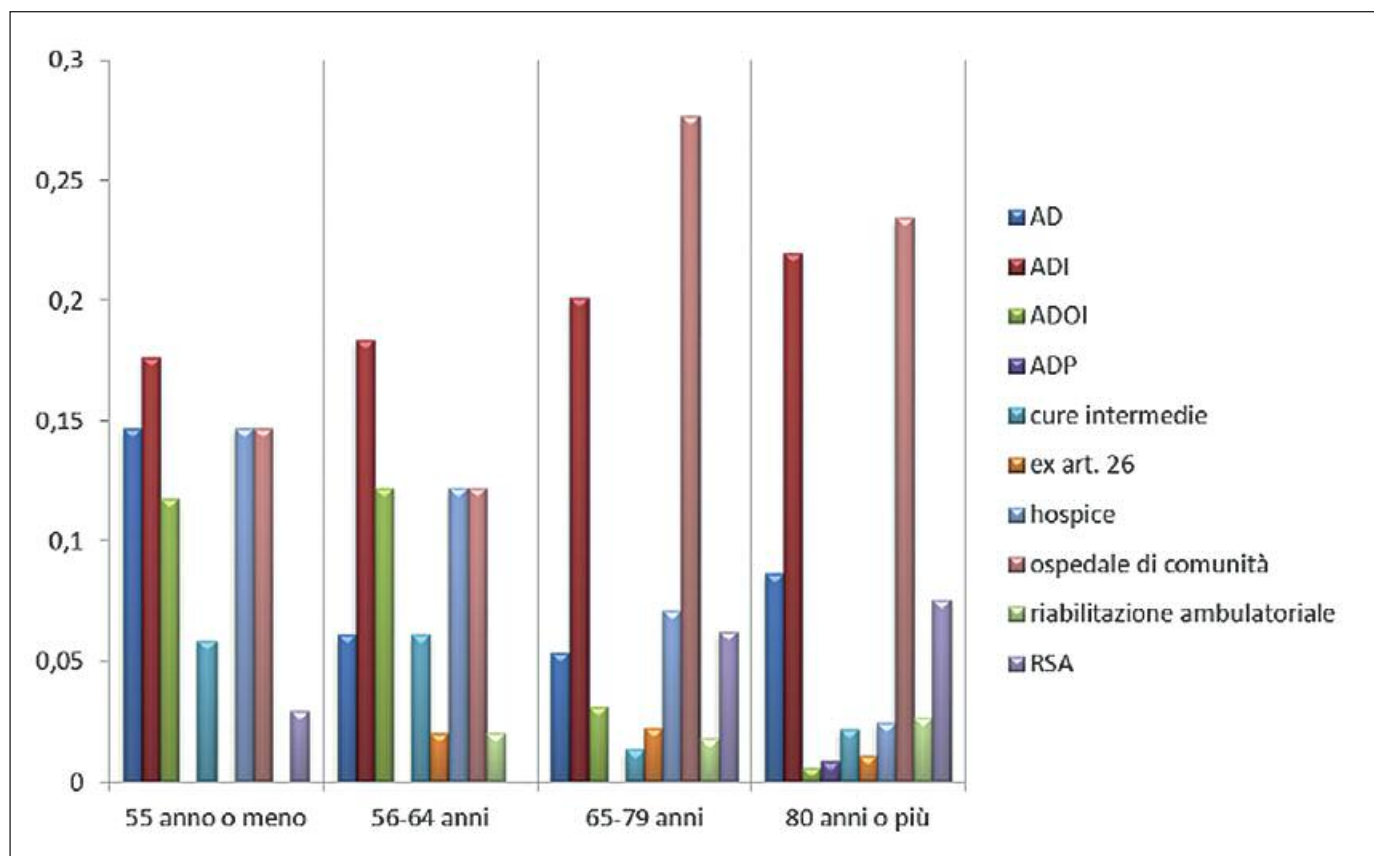


Figura 4 - Piani di assistenza individuale (PAI) degli utenti segnalati in fasce di età.

quenti di ricovero nei pazienti che giungono all'ACOT.

Nella Figura 4 sono rappresentati i piani di assistenza individuale (PAI) degli utenti segnalati divisi in fasce di età.

Dalla Figura 4 risulta evidente come i percorsi più frequentemente attivati siano l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e l'ospedale di comunità, quest'ultimo soprattutto nei soggetti più anziani. Il percorso Hospice è utilizzato soprattutto dalle fasce più giovani della popolazione. Questo suggerisce che quei pochi pazienti giovani che vengono indirizzati all'ACOT sono pazienti per lo più oncologici, mentre la maggioranza dei pazienti anziani è affetta principalmente da patologie croniche.

Conclusioni

L'Agenzia per la Continuità Ospedale-Territorio rappresenta un punto fondamentale nella presa in carico del paziente fragile al momento delle dimissioni ospedaliere con lo scopo finale di ridurre i tempi di degenza, ridurre il numero dei ricoveri ripetuti e facilitare il rientro del malato verso il territorio.

Le prospettive dell'ACOT per il futuro sono la gestione dei posti letto delle cure intermedie attraverso l'ausilio di un quadro sinottico che in tempo reale permetta di visualizzare le disponibilità di posti dell'intera AUSL Sud-EST e l'implementazione del percorso territorio ospedale attraverso la realizzazione di pacchetti prestazionali per patologia (day service). Lo svilup-

po futuro sarà rappresentato dalla Centrale della Cronicità che avrà il compito di coordinare tutte le ACOT zonali e permetterà all'Azienda di perseguire un nuovo modello di presa in carico che, passando dal concetto di "curare" a quello di "prendersi cura", consideri il paziente nella sua complessità e globalità.

Il principale punto di forza dell'ACOT è proprio la sua vision: garantire ai pazienti in dimissione da un reparto ospedaliero in condizioni di limitata autonomia, la continuità terapeutica e assistenziale per assicurare la presa in carico multidisciplinare nel territorio.

@ glucialorenza@msn.com

Casa della Salute di Montespertoli

di Piero Piazzini



PIERO PIAZZINI, laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze, Specializzato in Cardiologia presso l'Università degli Studi di Siena, svolge attività di MMG convenzionato con il SSN avendo aderito alla Medicina di gruppo fin dalla loro prima costituzione, Coordinatore di AFT n. 3 Castelfiorentino-Montespertoli. Coordinatore Clinico della Casa della Salute di Montespertoli.

Riflessioni del Coordinatore clinico della CdS di Montespertoli, luogo pubblico nel quale vengono erogate prestazioni socio-sanitarie ed amministrative in un clima disteso e collaborativo per aver cura dei pazienti; in tale sistema integrato il medico di medicina generale supera l'isolamento professionale ed avvalendosi della collaborazione degli altri attori presenti e del supporto informatico può gestire al meglio la "medicina della calma".

Esercitare la professione di medico di medicina generale sul territorio significa aver cura dei pazienti.

Significa dare al paziente un riferimento chiaro per i suoi bisogni di salute, per far sì che da questa intesa sia possibile assisterlo nei percorsi di cura ed in tutte le fragilità che eventualmente possano presentarsi.

È quindi indispensabile essere medici dotati di indiscussa onestà professionale, preparati, formati e soprattutto in grado di saper migliorare il proprio lavoro avvalendosi della collaborazione delle figure professionali presenti sul Territorio, interfacciandosi con loro.

Dal 1 giugno 2016 sono Coordinatore clinico della CdS di Montespertoli, situata nei locali dell'ex Distretto socio-sanitario, in un luogo logisticamente ben situato, facilmente raggiungibile dagli utenti.

La CdS di Montespertoli è un luogo pubblico strutturato come un sistema integrato di servizi volti alla cura della collettività e dei singoli pazienti, dove di fatto possiamo aver cura delle persone per molti dei loro bisogni.

Nella CdS di Montespertoli c'è un contenuto di uomini della salute e di

personale amministrativo, che agiscono in un clima disteso con spirito collaborativo necessario per svolgere al meglio il proprio lavoro di "aiuto".

Per garantire ed erogare i servizi socio-sanitari agli assistiti o comunque a coloro che accedono ai servizi sanitari, il "contenuto" della Casa della Salute è formato da: quattro medici di medicina generale che assistono un *pool* di circa 4700 pazienti, garantendo una apertura degli ambulatori in sede per 7 ore al giorno dal lunedì al venerdì; l'accesso alle prestazioni ambulatoriali avviene su appuntamento per 2 dei 4 medici ed il paziente può prenotare la visita tramite prenotazione telefonica al Call center o tramite TuPassi (prenotazione via internet) o accedendo direttamente al personale di segreteria; i medici di medicina generale sono in grado di assicurare la continuità dell'assistenza grazie alla condivisione dei dati clinici dell'assistito mediante *software* condiviso della gestione della cartella clinica; i medici di medicina generale erogano all'interno della Casa della salute anche le vaccinazioni anti-tetaniche oltre che antinfluenzale, anti-pneumococco ed anti-meningococco ed aderiscono al progetto di educazione alla salute con incontri con la popolazione su temi a scelta (p.e. farmaci equivalenti: un vantaggio per tutti); aderiscono al modulo di sanità di iniziativa.

Tre infermieri dell'Azienda che si occupano dell'attività istituzionale ambulatoriale e domiciliare collaborano

Parole chiave:

Casa della Salute, cure primarie, medicina di iniziativa, attività infermieristica, integrazione





con i medici di medicina generale per il Modulo di Sanità di iniziativa con atteggiamento proattivo nei confronti dei malati cronici che, nel caso specifico, comprende la gestione dei pazienti affetti da Diabete Mellito NID, Scompenso cardiaco, BPCO; in particolare possiamo oggettivamente considerare che l'integrazione tra i medici di medicina generale operanti all'interno della Casa della Salute ed il personale infermieristico ha determinato una buona efficacia nel "circondare" il paziente per motivarlo alla più alta consapevolezza del suo stato di salute, alla aderenza alla terapia ed al corretto stile di vita con miglioramento degli indicatori e degli obiettivi di salute.

In particolare, la gestione del CCM si avvale della telemedicina per l'interpretazione e refertazione dell'ECG di base praticato ai pazienti e se necessario delle competenze specialistiche

che dei medici di medicina generale, operanti nella CdS stessa.

Gli stessi infermieri dell'Azienda erogano all'interno della Casa della Salute il servizio dei prelievi: i prelievi ambulatoriali sono organizzati su appuntamento prenotabile direttamente all'interno della Casa della Salute con il TOTEM o tramite il TuPassi (via internet); la risposta dei prelievi è scaricabile direttamente dal medico sulla cartella informatizzata,

con indiscutibili vantaggi in ordine di tempo ed affidabilità; più gravosa l'effettuazione dei prelievi a domicilio per i pazienti impossibilitati a raggiungere la Casa della salute: un vantaggio sulla efficienza viene dato dalla possibilità di trattare con farmaci anticoagulanti diretti i pazienti domiciliari in TAO con TTR < 60%.

All'interno della CdS di Montespertoli le funzioni di accoglienza (appuntamenti e gestione della sala di aspetto), di assistenza alla attività dei prelievi e le funzioni amministrative sono svolte da personale amministrativo dell'Azienda USL Toscana Centro che garantisce un servizio di 46 ore settimanali compresa l'attività di call-center con una organizzazione dell'orario condivisa con il Coordinatore clinico.

Vengono erogate inoltre attività di screening (colon retto e PAP test ed HPV), presa in carico professionale,

servizio sociale, punto informativo e punto insieme di primo livello, ed attività di consultorio di primo livello.

Nella sede della CdS di Montespertoli svolgono la loro attività anche due pediatri di libera scelta, i medici della continuità assistenziale secondo l'orario di loro competenza e la fisioterapista esperta nella riabilitazione delle conseguenze di malattie neurologiche od ortopediche-traumatologiche.

Valutando i risultati in definitiva posso assolutamente considerare la CdS di Montespertoli non un "condominio della salute", ma un luogo pubblico di accoglienza e di integrazione e di lavoro di squadra dove, con assoluta consapevolezza, i medici di medicina generale e gli infermieri, forti delle loro conoscenze e della loro collaborazione-complementarietà, gestiscono con buoni risultati la "medicina della calma" dove la relazione e l'empatia possono aiutare tutti gli attori e soprattutto i pazienti di un Territorio davvero con la T maiuscola.

Spero personalmente di riuscire a far sì che in futuro essa sia sempre più aperta al Territorio (popolazione) con maggiore comunicazione anche con gli attori della "medicina dell'urgenza" e della competenza specialistica ed ultra-specialistica, per poter garantire un continuum di prestazioni sociosanitarie utili a garantire anni di vita vissuta bene a tutti noi.

@ piero.piazzini@uslcentro.toscana.it

Programma residenziale intensivo breve per alcolisti

Un progetto sperimentale

di G. Bardazzi*, M. Dardano°, L. Maggiorelli°, G. Gordigiani°, A.C. Arone°, M.G. Torrenti°, D. Stecchini*, I. Magini*, A. Iozzi**



GABRIELE BARDAZZI, specialista in Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva e Tossicologia Medica. Dal 15/04/1996 lavora presso l'Alcolgia della UFM C della USL Toscana Centro come dirigente medico gastroenterologo ed è referente del Centro Alcolgico Diurno del Day Service Alcolgico e del Centro anti-fumo. Membro effettivo della Comm. Medica Locale Patente di Guida (Firenze) in qualità di membro dei servizi per lo svolgimento delle attività di cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcol correlate. Dal 2009 è responsabile del Centro di Consulenza Alcolgica della ex ASL 10.

MIMMA DARDANO, Comunità Terapeutica Faltona.

LUCA MAGGIORELLI, Comunità Terapeutica Faltona.

GAIA GORDIGIANI, Comunità Terapeutica Faltona.

ANNA CARLA ARONE, Comunità Terapeutica Faltona.

MARIA GRAZIA TORRENTI, Comunità Terapeutica Faltona.

DONATELLA STECCHINI, Centro Diurno-Day Service Alcolgico UFM SERD C USL Toscana Centro.

ILARIA MAGINI, Centro Diurno-Day Service Alcolgico UFM SERD C USL Toscana Centro.

ADRIANA IOZZI, responsabile UFM SERD C USL Toscana Centro.

Nel trattamento dell'alcoldipendenza vengono usate metodiche diverse e spesso in alternativa fra loro. In questa esperienza le varie metodiche vengono usate contemporaneamente ed in armonia utilizzando operatori specificatamente formati e che lavorano da anni nel trattamento dell'alcoldipendenza. Altra prerogativa di questa esperienza è il forte ancoraggio del trattamento al tessuto sociale dove il paziente abitualmente risiede. Seppure i dati siano preliminari appaiono incoraggianti sia sul versante dell'efficacia di risultato che su quella del risparmio economico, vista la brevità della durata del trattamento.

Il Presidio Alcolgico dell'UFM SERD (Servizio per le dipendenze patologiche) C di Firenze dell'Azienda USL Toscana Centro collocato presso Villa Basilewsky comprende, oltre al Servizio Alcolgico Territoriale (SAT), anche un Centro Diurno e un Day Service Alcolgico "La Fortezza". Al Centro Diurno Alcolgico accedono non solo i pazienti del territorio di riferimento (Quartiere 5) ma anche quelli inviati dagli altri SERD del Dipartimento di Firenze e dai SERD vicini. Il Day Service accoglie alcolisti che hanno avuto accesso al DEA o ricoverati nei reparti degli ospedali fiorentini che vengono inviati dopo la dimissione.



Questo progetto sperimentale si caratterizza per una perfetta integrazione tra Servizio Pubblico (UFM SERD C Centro Diurno-Day Service Alcolgico "La Fortezza") e Privato Sociale (Associazione Progetto Arcobaleno Comunità pedagogica-riabilitativa di Faltona). Nello specifico le attività del Centro Diurno Alcolgico svolgono un ruolo di preparazione e di motivazione al successivo percorso in

Comunità Terapeutica. Il target è costituito da pazienti con problematiche gravi di alcol-dipendenza, soggetti con situazioni familiari complesse e rete sociale deteriorata, persone con comorbilità psichiatrica. Tutti i pazienti iniziano il progetto in fase di alcol-dipendenza attiva e pertanto nella prima fase (Centro Diurno-Day Service Alcolgico) eseguono all'interno della struttura una detossicazione farmaco-

Parole chiave:
alcoldipendenza, Comunità Terapeutica, gruppi di auto-aiuto, psicoterapia, medicina complementare

logica con trattamento anti-astinenziale. Con il SERD inviante viene condiviso il programma che il paziente effettuerà. Il paziente trascorre un mese all'interno del programma del Centro Diurno-Day-Service e successivamente, in diretta continuità, inizia il percorso presso la Comunità di Faltona. Il programma residenziale ha una durata di 4 mesi. Dei 10 posti della Comunità, autorizzati dalla Regione, sono stati riservati 3 posti specificamente per il progetto.

Le attività del Centro Diurno-Day Service Alcolologico sono sia riabilitative che sanitarie; infatti tutti gli utenti, oltre ad una valutazione medica giornaliera delle problematiche alcol-correlate, eseguono esami bioumorali, un Rx Torace, una visita cardiologica, una ecografia addominale ed un esame elettromiografico degli arti inferiori. Oltre a queste valutazioni che fanno parte del protocollo diagnostico, i pazienti possono eseguire altre indagini che si rendano necessarie mediante consulenze che la struttura prenota con specialisti della Azienda USL Toscana Centro. Inoltre i pazienti verranno sottoposti ad una valutazione psicodiagnostica.

Nell'ambito del Centro Diurno-Day Service sono previsti due posti letto per il trattamento antiastinenziale. In genere il paziente alberga in tale ambiente per la prima settimana continuando successivamente il trattamento in regime ambulatoriale. Per

Le attività del Centro Diurno-Day Service Alcolologico sono sia riabilitative che sanitarie; infatti tutti gli utenti, oltre ad una valutazione medica giornaliera delle problematiche alcol-correlate, eseguono esami bioumorali, un Rx Torace, una visita cardiologica, una ecografia addominale ed un esame elettromiografico degli arti inferiori.

quel che concerne le attività riabilitative, esse si articolano in un'offerta diversificata per rispondere alle diverse problematiche che emergono nel trattamento di una patologia così complessa come quella dell'alcoldipendenza. Cardine del trattamento sono gli incontri motivazionali di gruppo che si tengono due volte la settimana. In questa occasione, con il supporto di testimonianze, di chi effettua un programma di recupero, si cerca di motivare il paziente/famiglia ad un cambiamento nei confronti della propria dipendenza. Due volte la settimana si effettua una attività educativa con l'ausilio di audiovisivi per favorire l'identificazione proiettiva delle dinamiche della dipendenza. Una volta alla settimana viene eseguita in gruppo una tecnica di rilassamento e di percezione corporea. Durante le quattro settimane di permanenza all'interno del programma del Centro Diurno i pazienti iniziano a prendere contatto con gli

operatori della Comunità di Faltona e con gli specialisti del Progetto Sperimentale che li seguiranno nella fase successiva. I familiari dei pazienti sono sempre coinvolti in tutte le fasi del programma terapeutico. Alla fine del mese di programma del Centro Diurno i pazienti vengono messi in contatto con i Gruppi di Auto-Aiuto (Alcolisti Anonimi, Club per Alcolisti in Trattamento, Narcotici Anonimi), che costituiscono un elemento integrante del trattamento dell'alcoldipendenza. Gli obiettivi del programma residenziale intensivo breve sono: a) il consolidamento dello stato di astinenza alcolica; b) il proseguimento della partecipazione ai Gruppi di Auto-Aiuto di riferimento per territorio del paziente/famiglia; c) il miglioramento dello stile di vita; d) l'ideazione di un progetto di inclusione sociale; e) la prevenzione delle ricadute. Il percorso residenziale è svolto presso la Comunità di Faltona che propone un iter Pedagogico Riabilitativo basato su alcuni punti fondamentali: la costruzione di Relazioni Autentiche, ovvero la capacità di mediare tra i propri bisogni e quelli altrui e della realtà circostante, in maniera autentica con Sé e con l'Altro; la promozione dell'autonomia e responsabilità individuali e lo sviluppo della capacità di autoprogettazione. Viene inoltre incentivata la ricostruzione della rete sociale.



Risultati preliminari

Al momento sono stati inseriti nel progetto 15 pazienti, tutti uomini (età media 49 anni con range 38-63 anni) perché la comunità accoglie solo il genere maschile. Soltanto 1 paziente è ricaduto nell'uso della sostanza durante il periodo di trattamento e quindi ha interrotto il programma. 8 pazienti hanno completato il percorso ed il periodo di follow-up mentre 3 hanno finito il percorso e stanno completando il follow-up ed i rimanenti 3 stanno effettuando il percorso residenziale breve in questo periodo. Degli 8 pazienti che hanno ultimato il periodo di follow-up, 7 sono risultati totalmente astinenti al termine del periodo di osservazione ed 1 ha avuto una ricaduta al quinto mese di follow-up. I risultati sono illustrati nelle Tabelle 1 e 2. Dall'osservazione dei dati emerge che l'età media (49 anni) rispecchia quella degli utenti accolti nei servizi alcologici routinariamente, mentre la durata di malattia, ad eccezione di un caso, mette in luce che gli utenti arruolati nel progetto sono in trattamento da molti anni (media superiore agli 8 anni). Questo particolare è evidentemente correlato alla complessità dei casi inclusi dove il trattamento residenziale breve avviene dopo molti tentativi terapeutici, anche residenziali, ef-

Nel progetto trova parte integrante e fondamentale la presenza di tre professioniste: una esperta in Scienze Sociali, una psicologa-psicoterapeuta specialista in Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) e una specialista nella tecnica dello Yoga, che avendo specifica esperienza nel trattamento dell'alcoldipendenza integrano le loro specifiche specializzazioni in modo organico.

La caratteristica del programma residenziale è, infatti, l'intensità degli interventi individuali e di gruppo rivolti ai pazienti del progetto sperimentale. Infatti, oltre alle specifiche attività della Comunità (gruppi terapeutici, laboratorio teatrale ecc.), i pazienti del progetto sperimentale effettuano un percorso "personale" che cerca di completare quello iniziato all'interno del Centro Diurno Alcolologico.

La collaborazione con il SERD invariante, in realtà, costituisce uno dei cardini del progetto. Infatti vengono eseguite numerose riunioni tra il Servizio che ha in carico il paziente e gli operatori del progetto (Centro Diurno-Comunità-Professioniste). Ad alcune delle riunioni partecipa l'intero nucleo familiare del paziente. Questo forte incoraggiamento del progetto alla realtà in cui vive il paziente è l'elemento innovativo di questa esperienza. Infatti, la scelta di un programma breve necessita della possibilità di avere una integrazione con la realtà socio-familiare del paziente e il

programma terapeutico. Anche la scelta di far continuare la frequenza al Gruppo di Auto-Aiuto durante il percorso residenziale e che proseguirà successivamente è da intendersi in tal senso. Ogni mese l'équipe del Progetto (Centro Diurno-Comunità-Professioniste) si incontra regolarmente per una verifica ed integrazione dei vari interventi.

Il Progetto prevede, al termine del programma residenziale, un periodo di sei mesi di follow-up.

Pazienti inseriti	15		
Completamento programma	11		
Completamento follow-up	8	astinenti	7
Pazienti in follow-up	3		
Non completamento del programma	1		
Pazienti attualmente in programma	3		

Tabella 1

	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Età (anni)	38,00	63,00	49,5333	7,09997
Durata malattia (mesi)	2,00	324,00	119,4667	115,33545

Tabella 2

UFM	numero
UFM A	2
UFM B	4
UFM C	3
Sud-Est	3
Nord-Ovest	1
Mugello	1
Empoli	1

Tabella 3

La caratteristica del programma residenziale è, infatti, l'intensità degli interventi individuali e di gruppo rivolti ai pazienti del progetto sperimentale. Per questo, oltre alle specifiche attività della Comunità (gruppi terapeutici, laboratorio teatrale ecc.) i pazienti del progetto sperimentale effettuano un percorso "personale" che cerca di completare quello iniziato all'interno del Centro Diurno Alcolologico.

fettuati precedentemente dai servizi alcolologici, che hanno in carico il paziente. Nella complessità dei casi dobbiamo annoverare anche la comorbidità psichiatrica che nella nostra casistica è presente nel 60% dei pazienti inseriti (9 su 15). Per quel che concerne la provenienza dei pazienti (Tabella 3) tutti i servizi del Dipartimento delle Dipendenze ex ASL 10 hanno partecipato con estensione recentemente all'area metropolitana (SERD Empoli).

Conclusioni

È evidente che un programma con queste caratteristiche, intensità di trattamento, estrema brevità rispetto ai trattamenti tradizionali e forte ancoraggio

al territorio di provenienza, rappresenta, se fossero confermati i risultati preliminari, una proposta estremamente innovativa sia dal punto di vista del risparmio economico che di quello del-

l'efficacia di risultato. Infatti, come è ampiamente noto, il trattamento in comunità ha una durata media maggiormente prolungata rispetto ai 4 mesi di questo progetto. Esperienze, seppure estremamente rare, sul territorio nazionale che si strutturano su comunità brevi non presentano la caratteristica di essere ancorate così saldamente al territorio d'origine. Peculiarità del progetto, come già detto, è anche l'integrazione tra Sistema Pubblico e del Privato Sociale che apporta notevoli benefici ai risultati del trattamento che, crediamo, siano testimoniati dal fatto che alla data odierna si è verificata una sola interruzione del programma (8,3%) con quindi un completamento del trattamento in oltre il 91,7% della casistica. Il mese iniziale, infatti, trascorso all'interno del Centro Diurno-Day Service ha non solo risolti clinici (detossificazione, *assessment* della patologia alcolcorrelata, psicodiagnosi ecc.) ma svolge un ruolo fondamentale nella motivazione ad intraprendere la fase successiva, in comunità, con le migliori garanzie di risultato. Crediamo che con queste caratteristiche il progetto si possa proporre come una forma di trattamento efficace in quella fetta di popolazione che pur con tutti i limiti e le difficoltà legate ad una alcoldipendenza attiva (perdita del lavoro, deterioramento dei rapporti familiari, compromissione fisica, emarginazione sociale) presenti la possibilità di creare una rete psico-socio-riabilitativa su cui basare il programma di trattamento al momento della dimissione dalla comunità residenziale.

@ gabriele.bardazzi@uslcentro.toscana.it

FOLLOW UP



L'altra faccia della medaglia: quando dimenticare fa bene

di Maria Beatrice Passani e Patrizio Blandina



MARIA BEATRICE PASSANI, laurea in Scienze Biologiche c/o l'Univ. di Firenze, PhD in Biological Sciences alla Columbia University di New York. È professore associato c/o il Dip. di Scienze della Salute dell'Università di Firenze. I suoi studi hanno contribuito a spiegare come i farmaci istaminergici possano avere risvolti terapeutici nel trattamento di patologie cognitive e hanno evidenziato il potenziale terapeutico di farmaci istaminergici per il trattamento di disordini alimentari.

PATRIZIO BLANDINA, laureatosi in Medicina e Chirurgia c/o l'Università degli Studi di Firenze, è Professore Ordinario di Farmacologia e Direttore del Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino dell'Università degli Studi di Firenze.

La ricerca preclinica sui disturbi dell'apprendimento e della memoria fornisce nuove prospettive terapeutiche per il trattamento di patologie psichiatriche come il disordine da stress post-traumatico. In questo articolo illustriamo come i classici farmaci antiistaminici potrebbero modificare la traccia mnemonica associata a eventi traumatici con miglioramento delle risposte cognitive di pazienti psichiatrici.

L'ansia è un'emozione caratterizzata da cambiamenti fisici, aumento della pressione sanguigna, sudorazione, tachicardia, e da sensazioni di preoccupazione e paura non connesse a un pericolo reale. I disturbi d'ansia affliggono circa un terzo degli italiani adulti nel corso della loro vita, e si manifestano come attacchi di panico, disordini ossessivo-compulsivi, disturbi post-traumatici da stress, ansia generalizzata, fobia sociale ed altre fobie specifiche. Questi quadri sintomatologici hanno in comune la paura ed il terrore irrazionali e sono probabilmente il risultato di alterazioni della memoria emotiva, quella forma di memoria che associa il ricordo di stimoli o esperienze alla risposta emozionale che questi evocano.

Che si tratti della paura di essere terrorizzati quando si parla con sconosciuti (tipica della fobia sociale), o del timore di essere aggrediti in situazioni di totale sicurezza, dopo un'esperienza traumatica (una reazione tipica del disturbo post-traumatico da stress), chi non vorrebbe vivere senza ansia e scordare

gli eventi spiacevoli che hanno condotto ad apprendere che una situazione precedentemente innocua predice qualcosa di pericoloso? Il trattamento standard di tali fobie è la terapia di esposizione, che consiste nel presentare ripetutamente al paziente l'oggetto temuto o la memoria di eventi spaventosi in un ambiente sicuro, in modo da far perdere il loro effetto terrificante. Questa procedura ha lo scopo di creare una nuova memoria in cui la paura è soppressa e che ha il sopravvento sulla vecchia memoria. Tuttavia quest'ultima persiste, infatti un nuovo trauma o la

Parole chiave:
memoria, istamina, propranololo, ansia,
disturbo post-traumatico da stress





riesposizione con un'intensità elevata all'esperienza originale possono risvegliare nel paziente la vecchia paura. La terapia di esposizione ha altri limiti: è efficace solo in circa la metà dei pazienti ed è rifiutata da molti che non vogliono rivivere i ricordi di aggressioni ed altre esperienze traumatizzanti.

La memoria emotiva è il risultato di una sequenza temporale di processi che comprendono l'acquisizione, il consolidamento e il recupero, che sono stati studiati diffusamente nell'animale e nell'uomo. Sappiamo che questi processi coinvolgono progressivamente l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia prefrontale e che il consolidamento, il processo in cui una memoria labile e di breve durata si trasforma in una memoria stabile e a lungo termine, richiede la sintesi di nuove proteine, poiché l'anisomicina, un inibitore della sintesi proteica, ha un effetto amnestico. Inoltre il consolidamento è sotto il controllo di vari neurotrasmettitori, poiché l'attivazione di vari sistemi, inclusi quello noradrenergico e quello istaminergico rafforzano il ricordo di memorie emotive.

Nel cervello l'istamina è sintetizzata dalla L-istidina ad opera dell'istidina decarbossilasi nei neuroni istaminergici, che si trovano esclusivamente nei nuclei tuberomamillari dell'ipotalamo ed inviano assoni a tutte le regioni del cervello (Panula & Nuutinen, 2013) dove l'istamina viene liberata. È nel nostro laboratorio a Firenze che è stato scoperto il ruolo

cruciale dell'istamina nel consolidamento di memorie di eventi avversi (Benetti et al. 2015, Passani et al. 2001). A ratti con livelli di istamina normali e a ratti privati dell'istamina mediante l'iniezione di alfa-fluorometilistidina, un inibitore suicida dell'istidino-decarbossilasi, è stato insegnato a temere un ambiente, la gabbia dove veniva condotto l'esperimento, associandolo ad uno stimolo aversivo, una scossa elettrica. Solo gli animali con livelli di istamina normali, quando posti una seconda volta nella stessa gabbia dove avevano ricevuto la scossa elettrica reagivano mostrando immobilità assoluta (*freezing*), un comportamento tipico considerato indice della memoria per la scossa elettrica ricevuta in passato. Al contrario, gli animali privati dell'istamina si comportavano come se non avessero ricevuto alcuna scossa (Benetti et al., 2015). Questo studio rivela che la presenza di istamina è indispensabile per la formazione di una memoria emotiva. Esperimenti analoghi hanno evidenziato un ruolo ugualmente importante per la noradrenalina (McGaugh, 2000)

Questi esperimenti suggeriscono che il ricordo di un evento traumatico può essere totalmente cancellato, sebbene solo se si interviene quando i processi mnemonici sono vulnerabili, cioè quando la traccia mnemonica si forma per la prima volta, ma anche quando il ricordo viene recuperato. Il recupero infatti non è una semplice lettura passiva di

informazioni memorizzate, piuttosto rappresenta un processo dinamico in cui le informazioni salienti vengono estratte ed integrate per ricostruire il ricordo e consolidarlo. In questa fase di ricostruzione la memoria torna labile, per poi divenire stabile e permanente, con un processo chiamato riconsolidamento. Anche il riconsolidamento è modulato da neurotrasmettitori come l'istamina e la noradrenalina, per cui antagonizzare l'effetto di questi neurotrasmettitori può causare una vera e propria cancellazione del ricordo.

L'aracnofobia è una fobia molto diffusa caratterizzata da un'irrazionale paura dei ragni che può portare ad attacchi di panico, fuga ed altre reazioni inadeguate ed esagerate rispetto allo stimolo che le ha provocate. In uno studio recente (Soeter & Kindt, 2015) sono stati confrontati individui aracnofobici suddivisi in tre gruppi. Un gruppo è stato esposto ad un ragno in un barattolo di vetro per due minuti, e poi gli è stato somministrato propranololo, un beta-bloccante; un altro gruppo è stato esposto al ragno in un barattolo di vetro e poi ha ricevuto un placebo; al terzo è stato somministrato propranololo senza che gli fosse mostrato niente, per escludere la possi-

La memoria emotiva è il risultato di una sequenza temporale di processi che comprendono l'acquisizione, il consolidamento e il recupero, che sono stati studiati diffusamente nell'animale e nell'uomo

bilità che il propranololo potesse diminuire di per sé la paura del ragno. La risposta dei soggetti è stata valutata quattro giorni, tre mesi ed un anno dopo la prima esposizione al ragno. La somministrazione del placebo o del propranololo da solo non ha influenzato in alcun modo l'espressione della fobia, al contrario un chiaro miglioramento è stato osservato nei soggetti che avevano ricevuto il propranololo dopo essere stati esposti al ragno nel barattolo. Questi ultimi già quattro giorni dopo potevano tenere un ragno in mano senza manifestare alcuna paura e questa risposta era conservata anche a distanza di un anno.

Come spiegare tutto questo? L'idea di base è che la prima esposizione dei soggetti al ragno ha recuperato il loro ricordo di paura ma ha anche reso questa memoria nuovamente labile. Il propranololo, bloccando i recettori beta per la noradrenalina, ha bloccato il processo che trasforma una memoria labile in una memoria a lungo termine, noto in questo caso come ri-consolidamento. Il risultato è la cancellazione di questa memoria di paura.

L'uso del propranololo per attenuare i disturbi d'ansia nell'uomo è scaturito da innumerevoli osservazioni in modelli animali che hanno fornito le conoscenze precliniche per l'uso nel-

l'uomo. Gli studi sugli animali ci hanno insegnato che la finestra temporale in cui il farmaco produce un effetto cognitivo è molto stretta; inoltre suggeriscono che anche altri farmaci possono comportarsi come il propranololo. A questo proposito nel nostro laboratorio è stato dimostrato recentemente che la somministrazione di antagonisti istaminergici H1 nel ratto subito prima della rievocazione di un ricordo traumatico ne blocca l'espressione comportamentale (Fabbri et al 2016). Questa osservazione suggerisce un nuovo impiego per una vecchia classe di farmaci, gli antistaminici anti H1, che potrebbero migliorare l'efficacia delle psicoterapie di esposizione nel trattamento di disturbi quali le fobie, gli attacchi di panico, i disturbi da stress post-traumatico e l'ansia.

Tutti sappiamo quanto sia facile scordare dove abbiamo appoggiato le chiavi, mentre non riusciamo a liberarci del ricordo di un'esperienza traumatica. Come menzionato prima, l'attivazione dei sistemi istaminergico e/o noradrenergico comportano un rafforzamento della memoria emotiva e questo può spiegare perché essa possa essere influenzata da stati d'ansia anch'essi associati ad un aumento del tono centrale sia istaminergico che noradrenergico. Da qui il rischio dell'as-

sunzione di stimolanti, incluso quello ingiustificato di farmaci quali Ritalin e Adderall, che, migliorando in genere l'apprendimento, compreso la memorizzazione di eventi paurosi, potrebbe aumentare il rischio di sviluppare disturbi post-traumatici da stress e/o altre forme di ansia.

Le evidenze precliniche, quindi, indicano che nuovi approcci sono possibili nei disturbi d'ansia ed in particolare nel trattamento del disturbo post-traumatico da stress, anche se gran parte delle informazioni è ancora frutto di sperimentazioni in laboratorio. Attendiamo riscontri nella vita reale per determinare se gli interventi farmacologici illustrati siano vantaggiosi rispetto alle procedure standard attualmente in uso.

Alcuni sostengono che sia un errore interferire con le nostre risposte alla paura, perché sono naturali e si sono evolute in questo modo per una ragione. Tuttavia si può obiettare che durante l'evoluzione della nostra specie, alcuni processi sono rimasti immutati, pur essendo indispensabili nel paleolitico, non sono adatti al mondo attuale. Comunque sia non c'è ragione per non attenuare le sofferenze di pazienti afflitti da ricordi emotivi dolorosi.

Bibliografia:

 patrizio.blandina@unifi.it



Textbook of Global Health

Quarta edizione, Oxford University Press 2017

di Daniele Dionisio



DANIELE DIONISIO, *membro dello European Parliament Working Group on Innovation, Access to Medicines and Poverty-Related Diseases. Responsabile del Progetto Policies for Equitable Access to Health (PEAH).*

<http://www.peah.it/>

Achieving health equity is not just a matter of coming up with technical solutions and providing the means to finance them. We have to consider the political landscape and rectify the dysfunctions in global governance that undermine health.

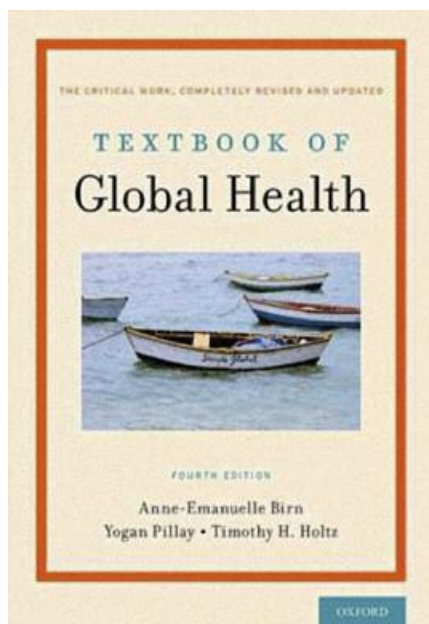
professor OLE PETTER OTTERSEN, rector of Oslo University

Questo libro, collegialmente scritto da* Anne-Emanuelle Birn, Yogan Pillay e Timothy H. Holtz per i tipi della Oxford University Press, fornisce una lungimirante, completa, aggiornata ed equilibrata analisi delle irrisolte problematiche ostacolanti l'accesso equo alla salute su scala mondiale**.

I quattordici capitoli (674 pagine) del libro sono omogeneamente strutturati e includono iniziali domande chiave come base di riflessione, oltre a conclusive sintesi dei principali messaggi trasmessi. Ogni capitolo comprende tavole, riquadri e figure quali strumenti di migliore comprensione e informazione di base nell'interesse dei lettori, siano essi studenti, operatori di settore, politici o attivisti. Nel contempo, paragrafi esemplificativi e casi di studio sparsi nel testo focalizzano con appropriatezza sulle criticità in causa e sulle radicate realtà con cui confrontarsi.

Soffermandosi sulle origini storiche degli squilibri correnti il testo consente ai lettori di meglio comprendere le ragioni alla base delle pervasive discriminazioni in tema di salute.

In sintesi, gli autori sostengono che il rampante neoliberalismo economico globale, con la assoluta liberalizzazione del commercio e la collusione tra corporazioni transnazionali e controparti politiche, sia il diretto responsabile delle ingiustizie sociali e del peggiora-



mento della salute nel mondo. Come gli autori esprimono *"the exigencies of market competition and enormous corporate power mean that governments privilege economic priorities and corporate interests over social and environmental needs, even in settings where democratic institutions and decision-making processes are marked by integrity and representativeness"*

Il libro documenta che le radici delle iniquità in salute originano da difetti nella sfera politica a livello nazionale e sovranazionale quali, ad esempio, deficit democratico, fiacco senso di responsabilità, rigidità istituzionali, e li-

mitato spazio politico 'concesso' alla salute. Questo contesto implica che eque soluzioni per la salute globale dipendano unicamente dalla volontà politica di migliorare l'equità, la coerenza, il coordinamento, la collaborazione, la trasparenza e la responsabilità delle leadership nazionali e internazionali.

Il volume amplia il concetto di salute alla massima trasversalità. Gli autori sottolineano, infatti, che la salute contribuisce (beneficiandone reciprocamente) alla riduzione della povertà e della fame, al miglioramento nutrizionale, alla sicurezza urbana, alla contrazione delle disuguaglianze, al conseguimento di consumi sostenibili, energia pulita, acqua potabile ed igiene pubblica. Così intesa, la salute funge da alleato primario nella lotta ai cambiamenti climatici e per la tutela degli ecosistemi terrestri ed acquatici.

Sfortunatamente, come il libro precisa, le scelte governative correnti, soprattutto nei paesi ricchi, di fatto negano questi principi e spesso adottano politiche favorevoli interessi di monopolio a spese dell'accesso equo a cure e trattamenti salvavita nei paesi a risorse limitate.

Al riguardo gli autori evidenziano che, essendo gli incentivi dell'attuale sistema brevettuale spinti dai profitti, la discriminazione maggiore ricade sui paesi a basso reddito privi di mercati profittevoli.

Di seguito alcuni esempi di persistenti conflittualità tra le molte puntualmente analizzate nel testo per il potenziale negativo sulla salute e l'equo accesso ad assistenza, cure e terapie:

- Le politiche creditizie di Fondo Monetario Internazionale, Banca Mondiale e Commissione Europea permangono sotto accusa per l'influenza indiretta sulla contrazione della spesa pubblica per la salute nei paesi percettori di prestiti.
- Dilaganti misure iperprotettive dei diritti di proprietà intellettuale (eccedenti le richieste dell'Organizzazione Mondiale del Commercio) continuano a minacciare l'equo accesso alla salute delle fasce marginalizzate.
- Le multinazionali farmaceutiche insistono nelle azioni di lobby sui governi al fine di scongiurare ogni legge che le obblighi a rivelare i costi reali di ricerca e sviluppo dei loro prodotti e il rationale degli esosi prezzi applicati.
- Accaparramento di terre ed espropri, espressivi di politiche neo-colonialiste altresì mirate al business dei biocarburanti, sono in crescita in Africa e altrove sotto compiacenti governi e diffusa corruzione.
- Politiche neo-liberali di dismissione delle riserve alimentari pubbliche, contrazione degli investimenti per la produzione agricola e riduzione dei dazi sulle importazioni alimentari condizionano pesantemente la capacità dei paesi poveri di 'nutrire sé stessi'.
- L'estesa minaccia alla salute rappresentata dall'incontrollato scarico di rifiuti dai paesi ricchi a quelli poveri continua a prosperare nella disegualianza socio-economica.
- Nel contempo, governi, compagnie e istituzioni internazionali permangono in colpevole arretrato circa la dismissione delle fonti energetiche fossili in ordine all'improcrastinabile tutela climatica e ambientale.

Le circostanze accennate inducono gli autori ad affermare che le conseguenze sulla salute gravano principalmente su quanti sono esclusi dal potere politico e decisionale, mentre i potenti intascano lauti profitti.

Contestualmente il libro chiede che i governi affrontino il neoliberalismo globale con appropriatezza tale da assicurare alle popolazioni eguali benefici in salute su base equa, antepoendo la salute pubblica ad ogni interesse politico o commerciale. Al riguardo, alcune raccomandazioni per la leadership su scala mondiale emergono dai contenuti e dall'ideologia del volume. Le 'ricette' configurano un insieme di politiche inter-settoriali che i singoli governi dovrebbero applicare per conseguire obiettivi di salute globale attraverso l'armonizzazione del diritto alla salute con il sistema brevettuale e le regole del commercio.

PER APPROFONDIRE

- Review: Textbook of Global Health, Fourth Edition, Oxford University Press 2017

<http://www.peah.it/2017/05/featuring-textbook-of-global-health-fourth-edition-oxford-university-press-2017/>

*Author information

Anne-Emanuelle Birn is Professor of Critical Development Studies (UTSC) and Social and Behavioural Health Sciences (Dalla Lana School of Public Health) at the University of Toronto, where she served as Canada Research Chair in International Health from 2003 to 2013.

Yogan Pillay is Deputy Director General for HIV, Tuberculosis, and Maternal, Newborn, and Child Health Programmes in the National Department of Health, South Africa.

Timothy H. Holtz is an Adjunct Associate Professor of Global Health at the Rollins School of Public Health at Emory University.

** Table of contents

Preface: Why Global Health?

Acknowledgements

1. The Historical Origins of Modern International Health

- *Antecedents of Modern International Health: Black Death, Colonial Conquest, and the Atlantic Slave Trade*
- *Health, the Tropics, and the Imperial System*
- *Industrialization, Urbanization, and the Emergence of Modern Public Health*

- *The Making of International Health*
- *International Health Institution-Building: The LNHO and the Inter-War Years*
- *Conclusion*

2. Between International and Global Health: Contextualizing the Present

- *The Post-World War II International (Health) Order*
- *The Rise of the WHO and "Third World" Development*
- *Straddling International and Global Health*
- *Conclusion*

3. Political Economy of Health and Development

- *Political Economy of Health (and Development)*
- *Political Economy of Development (and Health)*
- *Recent Development and Global Health Approaches*
- *Conclusion: What Does a Political Economy Approach Bring to the Global Health Arena?*

4. Global Health Actors and Activities

- *Snapshot of Global Health Actors, Agencies, and Programs*
- *Political Economy of Global Health Actors and Activities*
- *Conclusion*

PER APPROFONDIRE (segue)

5. *Data on Health: What Do We Know, What Do We Need to Know, and Why Does it Matter*

- *Why Health Data Matter*
- *Types of Health Data*
- *Conclusion*

6. *Epidemiologic Profiles of Global Health and Disease*

- *Leading Causes of Morbidity and Mortality Across Societies and the Life Cycle*
- *Epidemiology and the Political Economy of Disease*
- *Conclusion*

7. *Health Equity and the Societal Determinants of Health*

- *Social Determinants/Determinants of Health: What Makes the Underlying Determinants of Health Societal as Opposed to Individual*
- *Operationalizing Political Economy of Health through SDOH*
- *Understanding Health Inequities*
- *From Political, Economic, Social, and Historical Context to Population Health and Health Inequities: Pathways and Possibilities*
- *Societal Governance and Social Policies*
- *From Living Conditions to Embodied Influences*
- *Addressing Health Inequities and the Social Determinants of Health*

8. *Health under Crises and the Limits to Humanitarianism*

- *“Ecological Disasters” and Their Implications*
- *Famine and Food Aid*
- *War, Militarism, and Public Health*
- *Refugees and IDPs: Numbers, Types, Places*
- *Complex Humanitarian Emergencies*
- *Political Economy of Disasters and CHEs: Where Does Humanitarianism Fit In?*
- *Conclusion*

9. *Globalization, Trade, Work and Health*

- *Globalization and Its (Dis)contents*
- *Health Effects of Neo-liberal Globalization*
- *Work and Occupational Health and Safety Across the World*
- *Signs of Hope for the Future: Resistance to Neoliberal Globalization*
- *Conclusion*

10. *Health and the Environment*

- *Framing Environmental Health Problems: the Motors and Drivers*
- *Health Problems and Environmental Problems and Vice Versa*
- *Climate Change*
- *What Is to Be Done? Multiple Layers of Change*
- *Conclusion*

11. *Understanding and Organizing Health Care Systems*

- *Principles of Health Systems*
- *Health Systems Archetypes*
- *Primary Health Care, Its Renewal and the Turn to Universal Coverage*
- *Health System Reform*
- *Building Blocks of a Health System*
- *Conclusion*

12. *Health Economics and the Politics of Health Financing*

- *Health Economics: A Snapshot*
- *Health Care Financing Redux*
- *Cost Analyses in the Health Sector*
- *Market Approaches to Health in LMICs*
- *The Role of International Agencies in Health Care Financing*
- *Contrasting Approaches to Investing for Health*
- *Conclusion*

13. *Building Healthy Societies: From Ideas to Action*

- *What Constitutes Success in Global Health*
- *Vertical Health Programs and Global Health Interventions: Successes and Limitations*
- *Health Societies: Case Studies*
- *Healthy Public Policy: Health Promotion, Healthy Cities, and Emerging Frameworks*
- *Conclusion: The Making of Healthy Societies*

14. *Social Justice Approaches to Global Health*

- *Recapping the Global Health Arena: Dominant Approaches, Ongoing Challenges, and*
- *Points of Inspiration*
- *A Social Justice Approach to Practicing Health: Individuals, Organizations, and the*
- *Logic of the World Order*
- *Conclusion: What Is To Be Done?*

Manfredo Fanfani

LA TAVOLA DELL'ULTIMA CENA

Dalla tavola medievale di Giotto e Duccio di Boninsegni,
al Cenacolo di Leonardo.

L'evoluzione degli usi conviviali.

Gli episodi evangelici raffigurati nelle opere d'arte rappresentano un mondo vivente di usi e costumi conviviali; l'Artista ha trasformato in bellezza il dono dell'amore, consegnato all'uomo nei simboli del pane e del vino.

L'evento dell'Eucarestia non poteva passare inosservato all'Arte. Ed è proprio la pittura, alternativa alla teologia, alla filosofia, alla letteratura a descrivere le fonti storiche e a farci visualizzare quello che la figura racconta, o ci suggerisce, nell'Ultima Cena. L'episodio evangelico, rappresentato dall'Artista secondo gli usi dominanti nella sua epoca, rimane un contributo prezioso d'informazioni sull'evoluzione degli strumenti di mensa e degli usi conviviali.

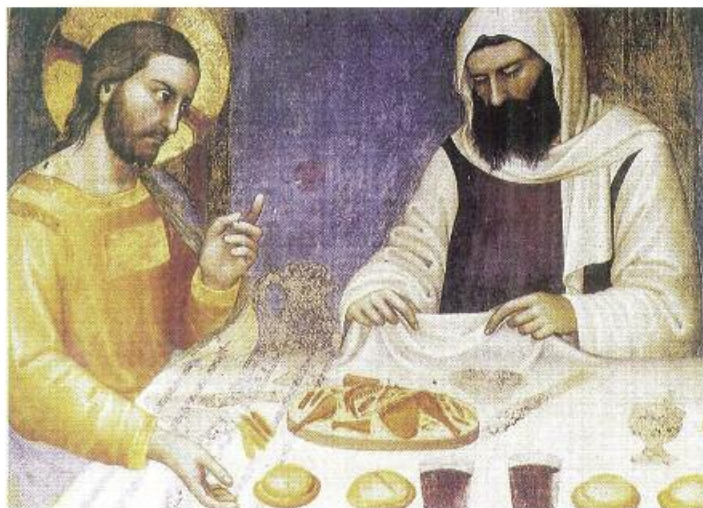
Ogni artista crea l'opera senza eludere la realtà del suo tempo. Nella lettura delle opere d'arte si è spesso portati a enfatizzare le regole formali della prospettiva e della composizione, l'armonia delle forme e l'uso dei colori; altrettanto importanti sono il soggetto, i contenuti informativi e le emozioni che l'Artista intende trasmettere.

In assenza dei moderni mass-media (giornali, cinema, radio, televisione) l'Arte ha rappresentato, per secoli, il mezzo unico e coerente per far cronaca e informare con il valore mediatico dell'immagine.

In sostanza separando grandezza e gusto artistici dalla leggerezza dell'audience televisiva, il "miracolo" chiamato televisione era già presente nelle grandi pitture, e già a colori!

L'Arte italiana in particolare assume connotazioni narrative, descrittive ed estetiche sorprendenti: capace di catturare l'attenzione, è veicolo di imprevedibili esperienze culturali. Non a caso il pittore Nicolas Poussin diceva che "i colori in pittura sono come inganni che persuadono l'occhio"... a guardare il quadro e riceverne il messaggio informativo.

Anche Leonardo anticipa i segreti psicologici della percezione: "Colui che vuole rappresentare la natura in modo rassomigliante non deve copiarla, bensì inganna-



Giovanni da Milano (attivo 1346-1369), Cena in casa del Fariseo, Cappella Rinuccini, Santa Croce, Firenze (particolare).

re l'osservatore. E ciò potrà fare solo colui che conosce le leggi della percezione". Un "inganno" che non strumentalizza la verità: la eleva in bellezza e poesia, lasciando al lettore il compito di ricreare l'immagine con parole.

Una volta tutti mangiavano prendendo il cibo con le mani dall'unico piatto posto al centro della tavola. L'essenzialità del "commune convivium" è splen-

didamente rappresentata dagli artisti medievali nelle ultime cene.

Sulle tavole più evolute dell'Ultima Cena, come in quella di Leonardo, ispirata al modus vivendi della Milano fine '400, risalta anche la "personalizzazione" degli strumenti di mensa con piatti e bicchieri ad uso individuale.

Nelle raffigurazioni dell'Ultima Cena non compare mai la forchetta, considerata un "instrumentum diaboli" in attrito con le tradizioni consolidate.

Assente anche il cucchiaino destinato alle zuppe dei parchi pranzi di tutti i giorni, l'Ultima Cena era il convivio della festa pasquale, a base di pesce e carne. Compare solo qualche coltello da usare in comune: il resto lo facevano le mani.

Le parole di Gesù: " Colui che ha intinto con me la mano nel piatto, quello mi tradirà" (Mt XXVI, 23), in sintonia col passo di Luca "Ma ecco, la mano di chi mi tradisce è con me, sulla tavola" (Lc XXII,21), senza considerare la struttura profonda del loro significato, non sono espressioni figurate, si riferiscono ad una concreta gestualità, per mangiare si intingeva la mano nel piatto, con naturalezza.

Nella Milano del '400, con l'evoluzione della tavola, si assiste ad una "personalizzazione" delle stoviglie con piatti e bicchieri personali; ma senza coniare oggetti nuovi, l'uomo continua a mangiare con le mani.

La semplicità della tavola medievale: l'esperienza conviviale privilegia, più che le attenzioni formali dettate dai galatei, la sensibilità umana che salda, nello stare insieme, amicizia e fedeltà.



Giotto (1266-1337), *La cena in casa del Fariseo*, Assisi, Basilica inferiore di San Francesco.

Nella cena in casa del fariseo si ritrova l'essenzialità tipica della tavola medievale: una semplice tovaglia bianca, nessun piatto di fronte ai commensali, un vassoio comune portato in tavola dalle inservienti e il mangiare con le mani.

Unica posata un coltello con manico in legno e lunga lama per tutti; alcuni bicchieri e sei pagnotte distribuiti sul margine esterno del tavolo per facilitare il lavoro delle inservienti.

Sembra di intravedere una sola saliera; scarso è comunque su quella tavola il sale dell'amicizia!...

Cristo è assiso su uno sgabello con spalliera finemente tornita; è a capotavola, nella parte che guarda la sala e l'ingresso, alla destra del padrone di casa.

È servito per primo da una solerte inserviente che taglia la carne. La ricchezza delle attenzioni formali rivolte all'ospite danno maggior risalto al rimprovero che Gesù sta rivolgendo al Fariseo che ha trascurato ben più importanti doveri di ospitalità: l'abbraccio, il bacio, lavare i piedi, ungere il capo con olio.

Gesù indica la peccatrice che viceversa porta "un alabastro pieno di profumo e stando dietro di lui presso i suoi piedi, piangendo, cominciò a bagnarli con le lacrime poi gli asciugava con i capelli e gli copriva di baci e gli cospargeva di olio profumato". (Le VII, 37-38).

Il rispetto dei valori umani dell'ospitalità, quelli legati ai sentimenti di fedeltà e di amicizia, è considerato un dovere importante nella cultura biblica. Sono i valori che prevalgono sulle formalità dell'etichetta!

Anche oggi, come segno di ospitalità, vale più l'abbraccio e il bacio dei padroni di casa che non il ventaglio delle cortesie urbane.

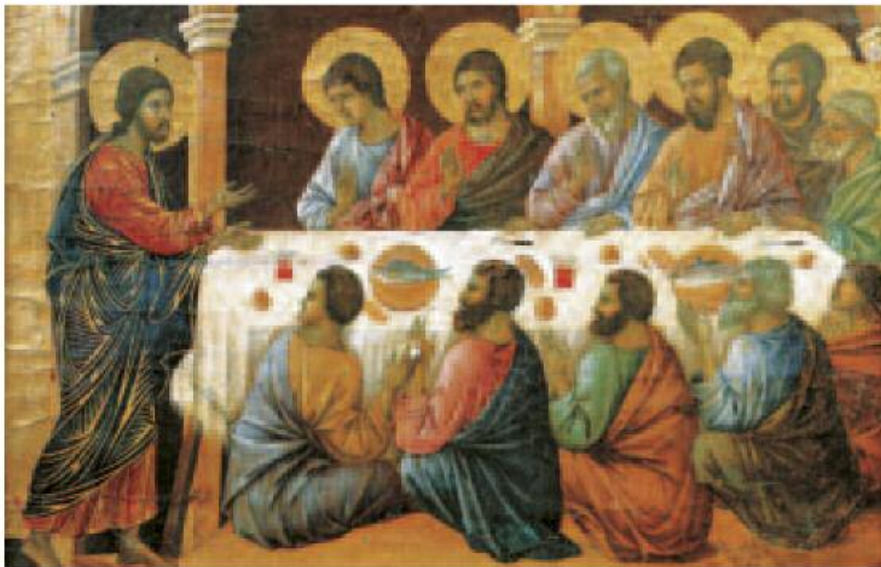
Il banchetto medievale: una filosofia modellata sull'essenzialità.

*Duccio di Buoninsegna
(1255-1318),
Ultima Cena, Siena, Museo
dell'Opera della Cattedrale.*

Seguendo il filo conduttore degli strumenti di mensa, questa cena non si diversifica dalla precedente. La tavola è coperta da una semplice tovaglia tessuta a piccole losanghe. Nessun piatto di fronte ai commensali, al centro della tavola tre coppe e una scodella con l'agnello pasquale; una pagnotta per ogni apostolo



con accanto una cialda; sul tavolo solo tre coltelli e quattro bicchieri. Completano l'apparecchiatura due immancabili saliere e una brocca decorata. L'uso comune degli strumenti di mensa non era dovuto tanto alla carenza di suppellettili quanto al valore comunitario dell'esperienza conviviale: un vivere insieme in armonia semplice e immediata che rafforza amicizia e affetti. Lo stesso calore mai perduto dalle vere ragioni del Convivio familiare.



*Duccio di Buoninsegna (1255-1318),
Seconda apparizione di Cristo agli apostoli,
Siena, Museo dell'Opera della Cattedrale.*

Cristo risuscitato appare agli undici apostoli che si trovano a mensa. Il dettaglio dei pesci sui due taglieri di legno posti al centro del tavolo riprende il testo evangelico di Luca: "gli offrono una porzione di pesce arrostito; egli lo prese e lo mangiò davanti a loro" (Le XXIV, 42-43). Si ripete lo schema essenziale della tavola medievale; non ci sono piatti singoli di fronte ai commensali. Sul tavolo due soli bicchieri con vino rosso e due coltelli, da usare in comune, cinque pagnotte e tre cialde, che erano servite sulle tavole del trecento.

*Maestro Pisano
(1215-1284), Storie della passione.*

In questa Ultima Cena l'Artista sottolinea l'usanza di servirsi con le mani, anche contemporaneamente, da coppe comuni poste al centro del tavolo.

Un richiamo al passo evangelico che si riferisce a un gesto reale che faceva parte dei costumi conviviali dell'epoca: "Colui che ha intinto con me la mano nel piatto, quello mi tradirà" (Mt XXVI, 21-23), in sintonia con Luca: "Ma ecco, la mano che mi tradisce è con me, sulla tavola" (Le XXII, 21).

Gesù porge a Giuda il pane intinto rivelando il traditore: "è colui per il quale intingerò un boccone e ghielo darò" (Gv XIII, 26).

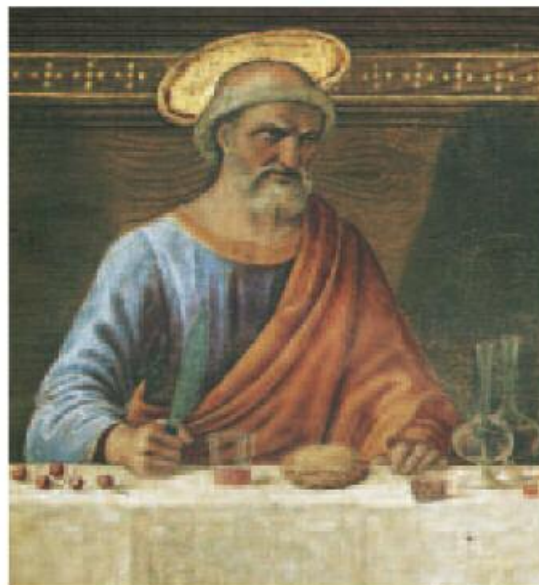


Sulla tavola dell' Ultima Cena del Ghirlandaio, cronista dei costumi della Firenze fine '400, compaiono i bicchieri individuali.



Domenico Ghirlandaio
(1449 - 1494), *Ultima Cena*,
San Marco, Firenze.

Il Ghirlandaio, attento cronista della sua città, descrive la tavola dell'Ultima Cena realisticamente concepita secondo gli usi e i costumi di Firenze fine '400. Al centro del tavolo tre coppe per il cibo prelevato con le mani; mancano ancora i piatti singoli. I bicchieri però sono individuali, infiorano la tavola eleganti bottiglie per l'acqua e per il vino, e fragranti ciliegie sparse. Quattro sono le raffinate saliere che poggiano su solide basi a forma di sfera; ciò consentiva di strisciarle sul tavolo. Completano l'apparecchiatura le tradizionali pagnotte e quattro coltelli,



da usare in comune. Pietro, il più fiero degli apostoli, impugna un minaccioso coltello, più grande e di forma diversa dagli altri disposti sul tavolo. Si tratta di un coltello personale o della "spada corta" che era tenuta alla cintura (particolare). Lo sguardo di sfida è rivolto verso Giuda che tiene in mano il pezzo di pane offertogli da Gesù. L'artista ci mostra un Giuda condannato, posto sul davanti della sacra mensa, senza aureola, seduto su uno sgabello, in genere destinato agli ospiti di rango inferiore. L'aggiunta di un gatto in qualità di accolito è un particolare inconsueto. Il gatto fissa con insistenza lo spettatore, senza interesse per ciò che lo circonda.

Duccio di Buoninsegna (1255-1318),
L'arresto di Cristo, *Siena*,
Museo dell'Opera della Cattedrale
(particolare).

Fu Simon Pietro a tagliare l'orecchio destro a un certo Malco, servitore del sommo sacerdote, durante la cattura di Cristo sul Getsemani (Gv XVIII, 10-11). Pietro ha in mano un'arma simile a un grosso coltello, quel coltello che,



nell'immagine iconografica, molti artisti gli mettono ostentatamente in pugno nelle rappresentazioni dell'Ultima Cena, anticipando il suo ruolo di difensore fiero e impulsivo, per questo redarguito da Gesù (Mt XXVI, 52). L'iconografia artistica sottolinea in più occasioni questa doppia anima del coltello: un utensile necessario ma, anche, una pericolosa arma offensiva.

continua nel prossimo numero...



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE



IL MEYER E L'UNIVERSITÀ DI FIRENZE A LAMPEDUSA: TESTIMONIANZE DI UN'ESPERIENZA



Da gennaio hanno già prestato assistenza medica a numerosi sbarchi, affiancando una donna siriana, arrivata a Lampedusa, durante il travaglio e visitando bambini che durante la traversata avevano perso i genitori. Sono i membri della task force pediatrica del Meyer, la prima d'Italia: una équipe multidisciplinare formata per portare assistenza ai bambini ovunque ce ne sia bisogno, per trasferire le competenze del **Meyer** sul campo. Il progetto, sostenuto dalla Fondazione Meyer, si chiama **"Bambini nel mondo"**.

Di questa task force umanitaria fanno parte anche i giovani medici che frequentano la Scuola di specializzazione in Pediatria dell'Università di Firenze, diretta dal professor Maurizio de Martino e che stanno completando il percorso di formazione specialistica presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer. Il 2 marzo u.s. i membri della task force hanno portato la loro testimonianza nell'Aula Magna dell'ospedale, raccontando la

quotidianità del lavoro nell'isola e i momenti del soccorso ai migranti, alla presenza del Direttore generale del Meyer, Alberto Zanobini, del Rettore dell'Ateneo fiorentino Luigi Dei e di molti operatori dell'ospedale pediatrico.

I racconti dei membri della task force. L'équipe è entrata in azione a gennaio. I primi a partire sono stati Paolo Del Greco e Franco Ricci, entrambi all'ultimo anno della scuola di specializzazione, che hanno raggiunto l'isola con Simone Pancani, chirurgo del Meyer e membro della task force. Insieme ai medici dell'ASL palermitana hanno portato la prima assistenza ad uno sbarco. Un gommone stipato di persone: tra loro tante donne in attesa e molti bambini, alcuni, come due fratellini della Costa d'Avorio, rimasti orfani durante la traversata.

A febbraio a partire sono state invece due specializzande, Jessica Iacopelli e Giulia Remaschi, affiancate da Leila Bianchi, pediatra del Meyer e membro della task force: a loro, tra gli altri, è andato il compito di assistere una giovane donna appena sbarcata, vicina al parto, nella piena fase del travaglio, subito prima del trasferimento all'ospedale di Palermo (a Lampedusa non c'è infatti un punto nascita). E queste sono solo le prime testimonianze di una squadra che, nei prossimi mesi, è drammaticamente destinata a intensificare ancora il proprio operato, con l'aumento degli sbarchi nella stagione più calda.

Bambini nel mondo. La presenza del Meyer a Lampedusa si inserisce nel progetto **"Bambini nel mondo"**, ed è il segno dell'impegno diretto dell'ospedale e della sua Fondazione a favore di una sanità senza barriere. "L'obiettivo di questa iniziativa e del progetto 'Bambini nel Mondo' – ha spiegato Alberto Zanobini, Direttore generale dell'Aou Meyer – è quello di portare le competenze specialistiche del Meyer oltre i confini dell'ospedale, ovunque si rendano necessarie: nelle grandi emergenze, così come nella quotidianità degli sbarchi, l'assistenza medica spesso non tiene conto della presenza dei bambini e dei bisogni di cura speciali che questa richiede"

"La collaborazione a questo progetto ha grande significato, non solo per l'aspetto umanitario, ma anche perché si tratta – ha sottolineato il rettore Luigi Dei – di un'importante opportunità formativa per i giovani che si stanno specializzando in Pediatria e che a Lampedusa si trovano a diretto contatto con situazioni eccezionali da molti punti di vista".





LA MENINGITE BATTERICA E ALTRI CORSI ECM

È online sulla piattaforma Fadinmed il nuovo corso FAD gratuito della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici sul tema: "La meningite batterica, epidemiologia, gestione e clinica" (8 crediti ECM). Si ricorda che sulla piattaforma Fadinmed sono già disponibili, sempre gratuitamente, i corsi:

- Le vaccinazioni: efficacia, sicurezza e comunicazione (12 crediti ECM)
- Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti - I modulo - Elementi teorici della comunicazione (12 crediti ECM)
- Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti - II modulo - La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari (12 crediti ECM)
- L'infezione da virus Zika (5 crediti ECM)
- La lettura critica dell'articolo medico-scientifico (5 crediti ECM)

Per accedere ai corsi, se non lo si è già fatto prima, occorre autenticarsi alla pagina

<http://application.fnomceo.it/Fnomceo/public/registrazioneUtenteFadInMed.public>

Notiziario



IVG MEDICA AL PALAGI



Non si tratta di una rivoluzione ma certo di un'azione innovativa: la possibilità di effettuare l'interruzione di gravidanza medica presso il **Presidio Palagi a Firenze**, dove già vengono svolte le **IVG chirurgiche della ASL Toscana Centro**, semplifica il percorso per le donne e completa i servizi offerti da questa struttura "intermedia", che sta nella rete territoriale e si configura come luogo in cui possono svolgersi attività di media complessità senza dovere ricorrere all'ospedale. La somministrazione avviene ancora in **Day Hospital**, ma se la Regione fornirà gli strumenti amministrativi per potere svolgere il percorso medico in regime ambulatoriale, il cambiamento potrebbe essere immediato. Intanto per le donne si apre la possibilità di iniziare il trattamento il giorno stesso dell'accettazione, semplificando i passaggi e abbreviando i tempi. Inoltre trascorreranno il tempo necessario in un ambiente dedicato, lontano dall'ambito ospedaliero, dove ci sono altre attività prioritarie.

La somministrazione avviene ancora in **Day Hospital**, ma se la Regione fornirà gli strumenti amministrativi per potere svolgere il percorso medico in regime ambulatoriale, il cambiamento potrebbe essere immediato. Intanto per le donne si apre la possibilità di iniziare il trattamento il giorno stesso dell'accettazione, semplificando i passaggi e abbreviando i tempi. Inoltre trascorreranno il tempo necessario in un ambiente dedicato, lontano dall'ambito ospedaliero, dove ci sono altre attività prioritarie.

TERAPIA INTENSIVA MEYER APERTA H24

I genitori dei bambini ricoverati presso la **Terapia Intensiva Neonatale (TIN)** del **Meyer** adesso possono rimanere accanto ai loro figli durante l'arco delle **24 ore**, a completamento di un percorso che nel tempo progressivamente ha condotto ad ampliare sempre di più gli orari di visita ai degenti di questo particolarissimo reparto. **I benefici dell'apertura h24 sono evidenti sia per i bambini che per i genitori**, visto che in questa maniera non viene più interrotta, seppure per poche ore al giorno, la costruzione di quel rapporto di conoscenza reciproca che tanta importanza riveste nello sviluppo delle relazioni tra genitori e figli. Dal punto di vista pratico padri e madri potranno poi imparare dal personale del reparto come si "gestisce" un neonato, aspetto questo da non trascurare assolutamente una volta rientrati a casa dopo la dimissione. **La TIN del Meyer accoglie ogni anno circa 250 neonati** ad elevata complessità assistenziale provenienti da tutta la Toscana e dalle Regioni limitrofe.



Azienda Ospedaliero-Universitaria



Manfredo Fanfani

LA TAVOLA DELL'ULTIMA CENA



Dalla tavola medievale
di Giotto e Duccio di Boninsegna,
al Cenacolo di Leonardo.

L'evoluzione degli usi conviviali.

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

Articolo all'interno della rivista

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