

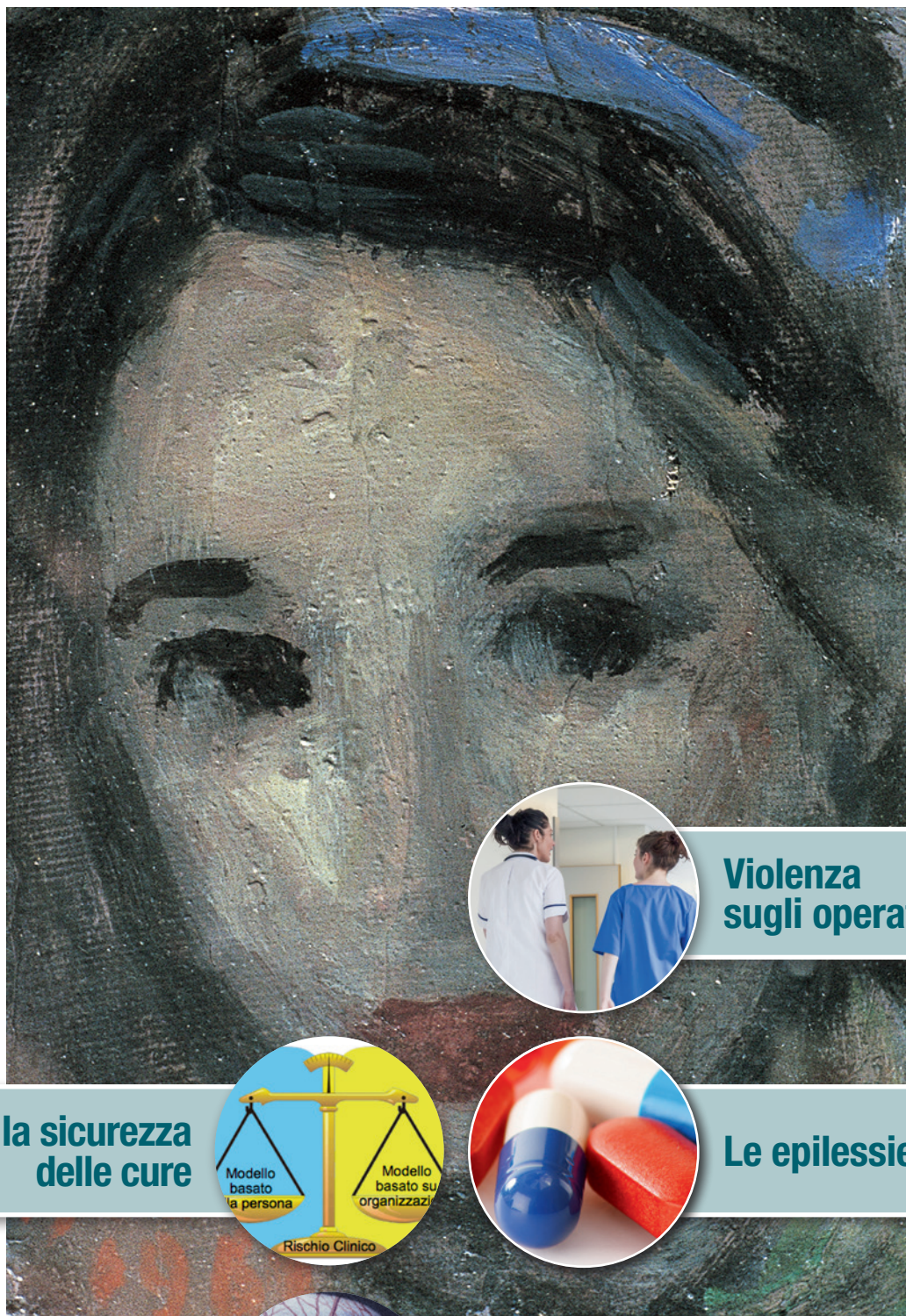
TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXVI n.9 ottobre-novembre 2018 - Spedizione in Abbonamento Postale - ISSN 2611-9412 (print)
Stampe Periodiche in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

OTTOBRE-NOVEMBRE

9



**Violenza
sugli operatori sanitari**

**Migliorare la sicurezza
delle cure**



Le epilessie



**Emicrania: nuovi
scenari terapeutici**



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXVI - n. 9 ottobre-novembre 2018

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

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

Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Editore

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

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

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

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

Stampa

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

Finito di stampare novembre 2018 presso le IGP - Pisa

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è
stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art.
13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati per-
sonali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto
gratuitamente, di consultare, far modificare o cancel-
lare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro tratta-
mento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto
potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a:
a.barresi@omceofi.it



Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Primo Conti
Ragazza dal nastro
azzurro
Olio su tela
cm 15x10
Firenze,
collezione privata

EDITORIALE

- 4 **La violenza sui medici e la cronaca nera:
riusciremo a cambiare qualcosa?**
T. Mazzei

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 5 **Ferdinando Zannetti**
D. Lippi

OPINIONI A CONFRONTO

- 7 **Eemicrania: nuovi scenari terapeutici**
a cura di S. Pancani

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 13 **Le epilessie: appropriatezza prescrittiva
e interazioni farmacologiche**
E. Gualdani et al.
- 15 **Migliorare la sicurezza delle cure**
Appunti sul rischio clinico per operatori di prima linea (Parte 5ª)
S. Romanelli et al.
- 19 **Deprescribing nelle malattie cardiovascolari**
A. Dolara

RICERCA E CLINICA

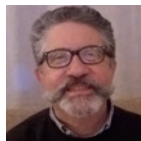
- 21 **Le leucocitosi e le 5 "Q"**
G. Curciarello

18- RICORDO DI ROMANO GRANDINI

27 - NOTIZIARIO



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

La violenza sui medici e la cronaca nera: riusciremo a cambiare qualcosa?

di *Teresita Mazzei*

Racconta un Collega che quando “faceva la Guardia medica” qualche anno fa in una postazione del Chianti fiorentino una notte fu chiamato per una visita in una casa in cima a una collina, al termine di una strada sterrata immersa nel bosco. Al momento di salire in macchina per tornare in sede (una gloriosa Panda dell'allora USL locale!) la padrona di casa gli disse: “Mi raccomando dottore, passando per il bosco faccia attenzione ai cinghiali, ce ne sono tanti a giro con i piccoli; se li dovesse incontrare si fermi e li faccia passare, vedrà che dovrebbe andare tutto bene!” È facile pensare quanto quel condizionale del verbo “dovere” abbia accompagnato il notturno viaggio solitario del povero dottore, chiuso nella scassata utilitaria e verosimilmente circondato da creature della notte più o meno in agguato.

Lo stesso evidentemente poco fortunato Collega raccontava poi che durante un'altra notte di guardia nella medesima località, alla ricerca di una colonica isolata per una visita, si era improvvisamente trovato perso in mezzo a una uliveta senza avere la minima idea di dove fosse andato a finire: in assenza di navigatori e *Google maps*, trovare con la fida Pandina la via di casa fu impresa non da poco.

Certo i ponti hanno visto passare tanta acqua e le disavventure agresti narrate fanno sorridere al confronto con quello che molti medici devono affrontare oggi sul proprio luogo di lavoro.

Come se non bastassero infatti le centomila difficoltà di tutti i tipi che affliggono la categoria, i medici sempre più spesso diventano loro malgrado protagonisti di sconcertanti episodi di “nera”, spesso insieme ai professionisti che con loro lavorano a stretto contatto (vedasi le aggressioni al personale dei Pronto Soccorso o agli equipaggi del 118; la recente morte del medico legale ucciso da un proprio paziente).

Senza dubbio l'attuale quotidianità delle aggressioni agli operatori sanitari ha raggiunto livelli a dire poco preoccupanti, però il fenomeno era conosciuto già diversi anni fa. Non per niente una Rac-

comandazione ministeriale datata 2007 aveva codificato quelle che potevano diventare potenziali situazioni di rischio tra le quali, leggendo in ordine sparso, troviamo “l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere o residenziali”, “l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali”, “la mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi”, “le lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste”. Cercare di affrontare e possibilmente risolvere anche solo alcune delle condizioni adesso ricordate appare oggettivamente cosa di non facile esecuzione, in particolare quando si debbano gestire situazioni strutturalmente complesse quali, ad esempio, l'enorme problema del sovraffollamento dei DEA e la mancanza cronica di personale.

Tra l'altro non dobbiamo dimenticare che al momento ben pochi sono i dati disponibili a livello internazionale per cercare di disegnare i confini epidemiologici della violenza sul luogo di lavoro, fenomeno che già nel 2002 l'OMS considerava un importante problema di salute pubblica.

Per questo di particolare interesse sono i risultati emersi dal recente questionario *on line* che la FNOMCeO ha dedicato a questo argomento e al quale la Toscana ha fornito un contributo statisticamente rilevante. Sono arrivate risposte da circa 5000 professionisti (medici, infermieri, ostetriche, odontoiatri, per la maggior parte di sesso femminile) che nel 50% dei casi hanno subito aggressioni verbali durante l'ultimo anno, mentre il 4% riferisce di avere subito anche violenza fisica. Più del 56% degli intervistati ritiene che l'evento avrebbe potuto essere previsto, anche se ben il 78% ignora se nel proprio ambito di lavoro siano attive procedure specifiche per contrastare il fenomeno.

Molti operatori sanitari dichiarano di non sentirsi sicuri (38%) e più del 46% è seriamente preoccupato dalla possibilità di venire aggredito durante il lavoro.

Un dato ulteriore emerso dal questionario che non può che allarmare, come ha sottolineato anche il Presidente della FNOMCeO Anelli, è la diffusa sensazione di impotenza e rassegnazione che si registra in molte risposte: il 48% di coloro che sono stati aggrediti verbalmente considera “abituale” l'accaduto e il 12% addirittura “inevitabile”, mentre in presenza di violenza fisica l'evento era “inevitabile” per il 16% degli intervistati e “abituale” per il 42%.

Simili percentuali di risposte giustificano lo scarso ricorso alla denuncia alle autorità e una sempre più preoccupante condizione di demotivazione da parte di chi ha subito aggressioni di qualsiasi tipo, soprattutto in assenza di efficaci manovre di contenimento del fenomeno.

La questione va evidentemente affrontata a livello politico e per questo non possono che essere valutati positivamente i tentativi che si stanno adesso cercando di concretizzare in termini di progetti di legge di iniziativa parlamentare e governativa: mandare i medici di guardia medica a fare le visite domiciliari con la “scorta” dei volontari della peraltro benemerita Associazione Nazionale Alpini come è stato fatto in alcune ASL non appare infatti strada ubiquitariamente perseguibile!

Gli Ordini dei medici in questo scenario devono continuare a rivestire un ruolo di capitale importanza e i tre milioni di euro stanziati dalla Federazione Nazionale destinati, tra l'altro, anche al finanziamento delle iniziative delle singole realtà locali ne sono la concreta rappresentazione, insieme al Corso FAD specificamente destinato alle tematiche della violenza contro i medici.

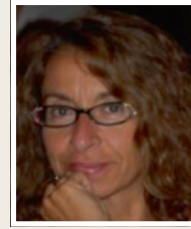
20 maggio 2017, a Firenze presso l'Ospedale di San Giovanni di Dio su iniziativa dell'Ordine si parlava di questi argomenti: il titolo del Convegno strillava “Rischiare la vita curando: basta!”. Ancora oggi l'impegno continua.

Si ricorda a tutti i Colleghi che per qualsiasi comunicazione con l'Ordine è possibile scrivere alla casella di posta elettronica:

s.baglioni@omceofi.it

Ferdinando Zannetti

di Donatella Lippi



DONATELLA LIPPI
Professore di Storia della Medicina e Medical Humanities, Università degli Studi di Firenze

“Nella mattina del 22 marzo postumi in ischiera insiememente cogli altri Volontari nel piazzale del Forte San Giovan-Battista...fui nominato a Chirurgo Maggiore di detto Battaglione dei Volontari Fiorentini...”.

Comincia così il *Rendiconto generale del servizio sanitario dell'armata toscana* spedita in Lombardia per la guerra dell'indipendenza (Firenze, 1850), con cui Ferdinando Zannetti fissa la storia dettagliata dell'avventura toscana durante la Prima Guerra di Indipendenza.

Ferdinando Zannetti (1801-1881) nacque a Monte San Savino (AR). Studiò a Firenze, presso i Padri Scolopi, per passare poi agli studi di Chirurgia in Santa Maria Nuova. Abilitato alla professione di chirurgo a Firenze nel 1826 e laureato in Medicina a Pisa nel 1828, fu aiuto di Pietro Betti e già nel 1830 professore di Anatomia Umana e Chirurgo fiscale. Nel 1835, fu insignito dal Granduca della medaglia d'oro di prima classe per i servizi resi durante l'epidemia di colera che aveva colpito Firenze e nel 1836 fu incaricato della Clinica Chirurgica. Negli anni Quaranta, fu professore di Anatomia Sublime e delle Regioni, successivamente incaricato di Anatomia Patologica; nel 1841 venne incaricato dell'insegnamento di Anatomia Pittorica; nel 1843 divenne direttore degli Stabilimenti anatomici. Questi incarichi lo avrebbero portato a contatto con numerosi artisti, uno dei quali, Giuseppe Moricci, gli avrebbe dedicato diversi dipinti.

Nel 1848, in seguito allo scoppio

della Prima Guerra di Indipendenza, fu nominato Chirurgo in capo dell'Armata Toscana in Lombardia insieme a tanti colleghi, molti dei quali sono stati figure di grande prestigio nella tradizione medico-chirurgica toscana: il chirurgo Carlo Burci, il chimico Andrea Ranzi, l'igienista Francesco Boncinelli, il medico Giuseppe Barellai, propugnatore degli Ospizi Marini, l'anatomico Giorgio Pellizzari...

La disfatta di Curtatone e Montanara fu vissuta con disperazione e dolore da tutta la città di Firenze, ma avrebbe visto nascere il primo nucleo del Servizio Sanitario, di cui Zannetti curò l'organizzazione anche durante la Seconda Guerra di Indipendenza, come Chirurgo capo dell'Armata Toscana.

Nel 1849, fu professore di Clinica Chirurgica, insieme a Giorgio Regnoli. Convinto sostenitore della causa uni-



Ferdinando Zannetti.

taria, tenente colonnello e capo dello Stato Maggiore della Milizia cittadina, appoggiò apertamente la Repubblica Toscana, che lo aveva incaricato di istituire un esercito repubblicano, la Guardia Nazionale o milizia civica, di cui poi divenne generale: in seguito, quando fu restaurato il governo granducale, Zannetti, coerente ai suoi principi, rifiutò la decorazione offertagli dal Granduca di Toscana.

A chi gli chiese ragione di questo gesto, rispose: *“Quello che dovrete fare anche tu, se ti premesse l'onore, perché la guerra di Lombardia non si è fatta per chiasso!”*.

Questa decisione gli costò la sospensione dall'insegnamento, nel quale fu reintegrato solo nel 1859 e che diresse fino al 1870.

Gli venne attribuita la carica di Senatore del Regno, ma non partecipò mai ad alcuna seduta.

Avendo, in seguito, rifiutato di essere nominato ministro della Istruzione Pubblica, accettò la carica solo in un secondo tempo; fu deputato nel Consiglio Generale della Toscana e uno dei suoi vice-presidenti, per poi

assumere il ruolo di deputato all'Assemblea Costituente e di generale della Guardia Governativa.

Fu direttore del servizio sanitario delle truppe di Garibaldi e uno dei consulenti di fama internazionale che vennero chiamati a consulto in seguito al ferimento di Garibaldi sull'Aspromonte, e fu proprio lui a estrarre la pallottola dal piede del Generale.

Si avvale di uno specillo, inviato dal chirurgo francese Auguste Nélaton e di un'alga, la Laminaria digitata, fornita dal celebre ginecologo James Marion Sims che, adeguatamente preparata, era usata generalmente per ottenere la dilatazione del canale cervicale: inserita nella ferita e gonfiandosi a contatto con le sue secrezioni, consentì l'inserimento della pinza per estrarre la pallottola.

Era presente Jessie White Mario, scrittrice e filantropa, che, moglie del garibaldino Alberto Mario, svolgeva mansioni di infermiera:

“Garibaldi soltanto potrebbe narrare le torture della ferita, e dei suoi do-

lori artritici. Fu martire anche della propria celebrità, perché i più famosi chirurghi vollero visitarlo e curarlo a modo proprio; chirurghi e medici inglesi, belgi, il famoso Nélaton francese, che sbraitò per tutta l'Europa avere proprio lui scoperta la palla nella ferita.

Il pietoso ufficio di estrarla toccò in sorte a quel valente e fior di patriota che fu lo Zanetti di Firenze, oltre i medici curanti Ripari, Basile, Albanese, che non abbandonarono mai un solo momento il loro paziente.

Zanetti, sempre persuaso che la palla fosse rimasta nella ferita, la cercò nella piaga per due notti consecutive, poi all'ora della medicazione, allargata la ferita, vi pose dentro le sue pinzette. Ai piedi del letto stavano i tre medici e un belga; Garibaldi teneva fra i denti un fazzoletto, e mi stringeva la mano.

Nel momento in cui Zanetti afferrò la palla, il paziente disse: “Per Dio c'è!” Passò appena un istante e la palla compariva nelle pinzette del Zanetti”.

donatella.lippi@unifi.it

Emergenze nei Paesi remoti



Anche quest'anno Medici in Africa organizzerà il Corso di Perfezionamento teorico-pratico “Emergenze nei Paesi remoti”.

Il corso teorico-pratico, riservato a medici, infermieri e ostetriche, si terrà dal 7 al 9 marzo 2018 (minimo 10 partecipanti, massimo 18) presso il modernissimo Centro di Simulazione Universitario di Genova.

Scopo del corso è far acquisire competenze medico-professionali a medici e infermieri nella gestione dell'emergenza e delle patologie africane. Inoltre, vista la notevole probabilità di dover lavorare in *équipe* miste, verrà curata l'integrazione professionale di entrambe le figure, aumentandone anche le competenze di sistema. Il corso verterà sulle emergenze dell'adulto e del bambino e sulla rianimazione neonatale nei Paesi remoti, dove il primo soccorso va prestato tempestivamente basandosi su scarse risorse diagnostiche e terapeutiche. Le manovre rianimatorie verranno eseguite in maniera interattiva dai discenti e dai docenti con l'ausilio dei manichini

high-fidelity e del materiale didattico del centro di simulazione avanzata dell'Università degli Studi di Genova. Verrà dedicata una sessione interattiva alla *fast ecography* e vi saranno aggiornamenti su patologie neurologiche, ortopediche, cardiologiche e infettivologiche. Previsti 37,4 crediti ECM. Per le iscrizioni al corso e ulteriori informazioni contattare:

MEDICI IN AFRICA ONLUS
Segreteria Organizzativa

Da lunedì al venerdì, dalle 9.30 alle 13.30 - tel. 010/3537274 - e-mail: mediciinafrica@unige.it - segreteria@mediciinafrica.it

Emicrania: nuovi scenari terapeutici

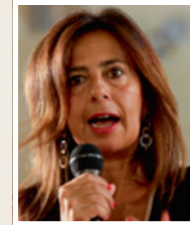
a cura di Simone Pancani



MASSIMO ALESSANDRI
Direttore Dipartimento Medicina Interna e
Specialistiche Azienda Usl Toscana Sud-Est



SERGIO BAGLIONI
Medico di Medicina Generale, Firenze



SIMONA DEI
Direttore Sanitario, Azienda Usl Toscana
Sud-Est

TOSCANA MEDICA - *Emicrania: epidemiologia, quadri clinici e criteri diagnostici.*

GEPPETTI - Attualmente si calcola che nel mondo circa un miliardo di persone soffra di una qualche forma di emicrania. La forma più grave, quella cronica che si presenta con più di quindici episodi al mese di cui almeno otto con le caratteristiche proprio dell'attacco emicranico, compare in circa l'1,5% della popolazione generale. Forme come la cefalea a grappolo colpiscono lo 0,4% della popolazione mondiale, mentre altre come l'emicrania parossistica, la cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con iniezione congiuntivale e lacrimazione (SUNCT), la cefalea nevralgiforme di breve durata unilaterale con sintomi autonomici craniali (SUNA) sono assai più rare. Da notare che la cefalea di tipo tensivo, riportata come molto frequente in alcuni studi epidemiologici, in realtà in un centro di terzo livello come il nostro è raramente diagnosticata, e generalmente tra gli adolescenti.

L'emicrania colpisce entrambi i sessi con percentuali del 70 e 30% rispettivamente nelle donne e negli uomini. Può presentarsi anche in età pediatrica, manifestandosi già durante la scuola elementare, tende ad

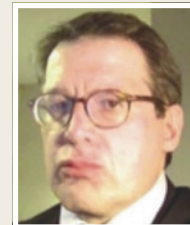
attenuarsi o addirittura scomparire con la menopausa, al pari di quanto succede negli uomini intorno ai 50 anni. Non sono però infrequenti casi di emicrania in soggetti di oltre 70 anni di vita. Il perdurare dell'emicrania in età geriatrica ha cause sconosciute, ma a volte sembra associarsi all'assunzione di farmaci usati per patologie concomitanti.

ALESSANDRI - Le cefalee primarie rappresentano circa il 90% del totale e solo l'8% di quelle che arrivano ai DEA possono essere definite "pericolose"; per questo è importante sottolineare che i criteri diagnostici dell'emicrania sono essenzialmente di tipo clinico, come codificato dall'*International Headache Society*. Questo approccio permette nella maggioranza dei casi di evitare il ricorso ad approfondimenti diagnostici di scarsa utilità ma di alto costo come ad esempio quelli di *neuroimaging*.

GEPPETTI - Concordo sul fatto che la diagnosi dell'emicrania sia essenzialmente clinica e che medici esperti possano e debbano effettuare una diagnosi corretta su base anamnestica. Ad esempio, un dolore frontale, temporale o periorbitario intenso e ripetuto due volte al giorno e accompagnato da ostruzione nasale e rinor-



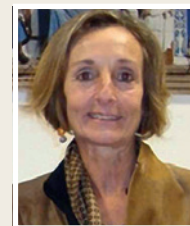
PIERANGELO GEPPETTI
Professore Ordinario di Farmacologia Clinica
presso la Facoltà di Medicina dell'Università
degli Studi di Firenze



ANDREA MESSORI
ESTAR Dirigente Unità Health Technology
Assessment di ESTAR Toscana



PASQUALE PALUMBO
Direttore SOC Neurologia, Ospedale di Prato



LUCIA TURCO
Direttore Sanitario, AOU Careggi

rea omolaterale non deve essere considerato di tipo sinusitico da trattare con antibiotici, ma far orientare per una cefalea a grappolo.

PALUMBO - Vorrei sottolineare che l'approccio clinico alla diagnosi di emicrania spesso dipende dalle classi di pazienti che ci troviamo di fronte. In alcuni casi infatti il soggetto presenta negli anni sempre la stessa manifestazione clinica della malattia e per questo ha imparato a conoscerla e a gestirla in maniera corretta. In altri casi la sintomatologia degli attacchi è così sfumata che il paziente tende a non farci più di tanto caso assumendo per proprio conto farmaci analgesici come i FANS. La situazione più problematica è però certamente quella in cui la malattia si presenta clinicamente con crisi atipiche che ogni volta necessitano di un corretto inquadramento medico potendo arrivare anche a richiedere il ricorso al Pronto Soccorso.

BAGLIONI - Considerando la prevalenza dell'emicrania e valutando la mia casistica, viene spontaneo chiedermi dove sono tutti i miei pazienti emicranici! Evidentemente qualcosa a livello di medicina generale ancora sfugge per una serie di motivi che cerco di riassumere. In primo luogo la mancanza di tempo che affligge i medici di medicina generale, al pari di tanti altri colleghi. Se, come è stato detto, la diagnosi di emicrania è fondamentalmente clinica, non poter dialogare con il paziente per un tempo sufficiente a inquadrare correttamente la sua situazione per ovvi motivi non aiuta il raggiungimento della diagnosi corretta.

Il paziente poi in molti casi presenta una sorta di assuefazione nei confronti della malattia, una rassegnazione che lo porta non tanto ad affrontare la questione con il proprio medico quanto piuttosto a ricevere informazioni dai familiari o a ricavarle in via indiretta sentendo parlare in tanti contesti diversi, di lavoro, di conoscenze ecc. dove è facile confondersi generalizzando "il mal di testa".

Ancora. In qualche soggetto possono essere presenti forme diverse di cefalea, ognuna delle quali necessita di un inquadramento quanto più corretto possibile.

Altri fattori da considerare sono un'anamnesi familiare positiva che può far sottovalutare o addirittura ignorare il problema (in quella famiglia è sempre stato così!) e il fenomeno dell'autoprescrizione dei farmaci che certamente contribuisce a complicare la situazione.

In questo scenario il ricorso alla diagnostica strumentale, anche se non sempre del tutto giustificato, appare però in molti casi comprensibile.

Certamente le cose potrebbero essere molto semplificate dalla maggiore diffusione del *Fascicolo Sanitario Elettronico* contenente tutte le informazioni dei pazienti sempre accessibili da parte di qualsiasi medico.

DEI - Dal punto di vista del Servizio Sanitario pubblico credo che alcuni momenti della storia dei pazienti con emicrania vadano presi in particolare considerazione. Il primo è quello dell'accesso alla medicina generale con tutte le problematiche connesse che bene sono state illustrate dal dottor Baglioni. Il secondo è il ricorso al Pronto Soccorso per la gestione delle situazioni di emergenza, che in alcuni casi potrebbe essere evitata dalla adeguata conoscenza da parte dei pazienti della propria condizione di malattia. Ovviamente la situazione potrebbe essere notevolmente facilitata dalla condivisione immediata dei dati tra i vari medici che si trovano a occuparsi dello stesso paziente (vedi il *Fascicolo Sanitario Elettronico* prima ricordato). Questo è un impegno che la nostra ASL sta seguendo con particolare attenzione.

TURCO - Quello che emerge dai contributi dei colleghi finora ascoltati è la mancanza di un percorso realmente strutturato che prenda in carico questi pazienti. Questa problematica è a mio parere molto ben esplicitata dal ricorso anche ripetuto che i soggetti in preda a un improvviso e vio-

lento "mal di testa" fanno ai DEA, al quale per lo più segue tutta una serie di accertamenti diagnostici non sempre fino in fondo condivisibili. Senza poi voler assolutamente sminuire l'importanza del polimorfismo clinico che caratterizza i quadri cefalalgici, appare comunque discutibile il fatto che, una volta compiuti tutti gli accertamenti ed esclusa una causa di emergenza/urgenza, il paziente non venga quasi mai indirizzato dal DEA a una struttura che specificamente si occupi del problema.

Credo pertanto che sia davvero necessario "costruire" un PDTA dedicato alle cefalee, contestualizzato alla nostra realtà regionale, che accompagni i pazienti dal primo incontro con il proprio medico di base attraverso *step* di livello clinico-assistenziale sempre più elevato.

MESSORI - Concordo ovviamente con la dottoressa Turco circa la necessità di un percorso assistenziale strutturato specifico per i pazienti cefalalgici; a questo proposito vorrei fare alcune osservazioni di carattere generale che si possono adattare anche al caso che stiamo adesso discutendo.

In linea generale, quando si progetta un PDTA, la fase iniziale di raccolta delle evidenze scientifiche (ad es. finalizzata alla stesura di linee-guida e protocolli) procede senza particolari problemi, che invece si manifestano subito dopo, quando cioè la teoria deve essere trasferita nella pratica medica quotidiana. Faccio un esempio: un paziente ha un infarto del miocardio a Empoli e in quell'ospedale viene seguito lungo tutto il suo processo di diagnosi e cura. Se però, dopo alcuni mesi, lo stesso paziente presenta una recidiva di infarto per cui viene ricoverato, ad esempio a Careggi, il paziente è riconosciuto in quest'ultima struttura come una entità "nuova", quasi come se a Empoli qualche tempo prima non fosse successo niente. Anche se si tratta di un obiettivo auspicato ormai da molto tempo, manca tuttora un filo conduttore informatico che riconosca il paziente nei suoi successivi ac-

cessi al SSN, soprattutto per quanto riguarda l'accesso ai reparti ospedalieri di degenza.

Anche in Toscana purtroppo, come del resto accade in moltissime parti di Italia, scontiamo ancora questo mancato flusso di informazioni informatiche tra ASL/AO diverse, che dovrebbe essere risolto a breve, vista la difficoltà tecnica non insormontabile. A tutt'oggi il paziente è ancora privo di un modello informatico che raccolga organicamente tutti i tasselli della sua storia clinica.

BAGLIONI - Certamente lo scambio di informazioni tra i diversi professionisti sarebbe in grado di agevolare di molto il lavoro di tutti. Tuttavia molto spesso anche i pazienti non aiutano, come quando, ad esempio, si rivolgono al Pronto Soccorso di propria iniziativa senza magari neppure riferire al proprio medico i risultati di quella visita.

La gestione del paziente emicranico a livello di medicina generale richiede tempo, per l'ascolto, la visita, l'inquadramento corretto della situazione clinica e la proposta di una terapia adeguata. È necessario continuare a seguire il paziente nel tempo in maniera attiva, programmando appuntamenti successivi, controllando il risultato clinico, l'aderenza alla terapia e l'adozione di stili di vita corretti con una vera e propria azione di educazione sanitaria.

TOSCANA MEDICA - *Esistono linee-guida per la gestione dell'attacco acuto di emicrania e della sua eventuale cronicizzazione, anche a fronte di problemi quali l'aderenza terapeutica e l'abuso di farmaci?*

GEPPETTI - Esistono numerose linee-guida per il trattamento dell'emicrania, incluse quelle italiane. In linea di massima, fino a quattro attacchi al mese l'indicazione delle società scientifiche nazionali e internazionali è quella di trattare i singoli attacchi con antidolorifici come paracetamolo e FANS o con farmaci antiemicranici specifici come i triptani. Questi ultimi, con un'azione

selettiva sui recettori 5HT_{1B/D} per la serotonina, sono stati sviluppati a partire dal meccanismo di azione della ergotamina, "vecchia" molecola ad ampio spettro di azione ma gravata da importanti effetti collaterali, e appaiono particolarmente efficaci nell'attacco acuto di emicrania e di cefalea a grappolo.

Oltre i quattro episodi al mese viene consigliata una terapia di profilassi per ridurre la frequenza e l'intensità degli attacchi stessi che si basa su cicli prolungati di diversi mesi con alcuni beta-bloccanti (propranololo, metoprololo, timololo, atenololo) e alcuni antiepilettici (topiramato, valproato), oltre che con antidepressivi come l'amitriptilina e calcio-antagonisti (cinnarizina e flunarizina). Purtroppo, farmaci antiserotoninici come pizotifene non sono più disponibili, solo per motivi di produzione e distribuzione.

Ma un'importante e imminente novità sarà costituita dai nuovi presidi terapeutici che si basano su un principio d'azione completamente diverso rispetto a quello dei farmaci di meno recente introduzione, e cioè sulla capacità di bloccare in maniera specifica e selettiva il meccanismo che genera il dolore emicranico. Saranno disponibili sia per il trattamento preventivo con anticorpi monoclonali sia con classiche piccole molecole per la terapia dell'attacco acuto. Questi farmaci bloccano l'azione di un neuropeptide, denominato *calcitonin gene related peptide* (CGRP), che, liberato dai terminali dei neuroni trigeminali, dilata le piccole arterie e sensibilizza i terminali dei neuroni dolorifici, che così vengono attivati anche da stimoli normalmente innocui. La specificità di questo meccanismo denominato "infiammazione neurogenica" nel generare il dolore emicranico è probabilmente la ragione dell'ottimo profilo di efficacia e sicurezza di questi nuovi farmaci nelle sperimentazioni cliniche fino a ora effettuate.

ALESSANDRI - Come per altre situazioni quali la BPCO e l'ipertensione arteriosa che richiedono terapie croniche, anche nel caso dell'em-

cranica l'aderenza alle cure può rappresentare un problema di notevole importanza.

In questa affezione poi esiste anche il fenomeno diffuso della *self medication* che porta i pazienti a gestirsi in autonomia il problema, assumendo farmaci, spesso da banco, che, se presi per 10-15 giorni al mese, oltre a favorire la cronicizzazione della cefalea, possono indurre la cosiddetta "cefalea da eccessivo uso di farmaci sintomatici", quadro cronico di difficile trattamento che prevede una vera e propria fase di disintossicazione.

Altri due aspetti da segnalare, che necessiterebbero di un'attenta opera di educazione del paziente, sono sia la tendenza ad assumere l'analgesico "proprio quando non se ne può più" invece che all'insorgenza dell'attacco che la scarsa propensione allo *switch* verso molecole non di tipo analgesico comune, quali ad esempio i triptani, farmaci sintomatici specifici dell'emicrania, in caso di non soddisfacente riuscita della terapia acuta.

GEPPETTI - In linea di massima dobbiamo riconoscere che l'impiego di FANS e triptani riesce a garantire dei risultati, anche se non completi, abbastanza soddisfacenti per il trattamento degli attacchi acuti della malattia con degli effetti collaterali non particolarmente gravi. Lo stesso purtroppo non può dirsi quando parliamo di terapia profilattica, destinata nella grande maggioranza dei casi a soggetti per lo più di sesso femminile, di età intorno ai quaranta anni e pertanto in piena attività sia lavorativa che familiare. Attualmente, a queste persone noi dobbiamo prescrivere dei farmaci gravati da importanti effetti collaterali come disturbi dell'appetito, aumento del peso corporeo, alterazioni dell'umore e sonnolenza. Inoltre, per i pazienti e le pazienti affetti da emicrania cronica e che sono costretti a un uso eccessivo di analgesici il bisogno di nuove terapie più efficaci e sicure di quelle ora esistenti è ancora più necessario.

DEI - È ovvio che terapie con effetti collaterali così pesanti non possano essere ben accettate dai pazienti e appare altrettanto evidente che in queste situazioni, essendo la malattia veramente disabilitante, si dovrebbe parlare piuttosto di cura che di profilassi.

Penso che riuscire a individuare i soggetti a rischio, coinvolgendoli in un processo educativo e di raggiungimento di consapevolezza adeguata circa la propria condizione, sfruttando anche i moderni mezzi di comunicazione via *web*, potrebbe essere un utile intervento di Sanità pubblica, in attesa di un vero e proprio PTDA dedicato.

MESSORI - Nella letteratura sull'emicrania sono presenti numerosi dati sull'efficacia dei vari trattamenti e i relativi indicatori di esito. Tuttavia, facendo riferimento a uno dei questionari più accreditati per la valutazione della qualità della vita nei pazienti affetti da una determinata malattia (l'SF 36), si possono ottenere risultati che suggeriscono qualche spunto interessante. Inserendo ad esempio su *PubMed* le parole chiave "SF-36" e "migraine" otteniamo soltanto 123 citazioni a fronte di quasi 20mila citazioni disponibili complessivamente sull'SF-36. Analogamente, una ricerca con le *keywords* "QALY and migraine" estrae soltanto 41 studi a fronte di una letteratura complessiva sui QALY di oltre 15mila studi. Quindi, a oggi sono pochi gli studi che hanno valutato la qualità della vita e/o la valorizzazione economica degli esiti nei pazienti con emicrania in presenza di attacchi o in assenza degli stessi. Altre aree della qualità della vita e della valorizzazione degli esiti (per esempio oncologia) sono invece assai più ricche di dati (ad esempio oltre 3.500 citazioni combinando QALY e oncologia).

Ciò significa che, in una valorizzazione economica dei risultati clinici che confronti i monoclonali per l'emicrania con le altre terapie biologiche innovative già rimborsate, emergerà qualche difficoltà che deriva dalla

scarsità di dati sull'emicrania rispetto alla letteratura, più abbondante, che caratterizza altre aree cliniche più largamente studiate.

TOSCANA MEDICA - *L'emicrania è considerata dall'OMS nella fascia di età tra i 15 e i 45 anni una delle principali cause di disabilità: quale è il suo impatto sulla vita dei pazienti?*

PALUMBO - L'OMS pone l'emicrania al diciannovesimo posto tra le patologie disabilitanti, non tanto per il suo impatto in termini di mortalità quanto piuttosto per la scarsissima qualità di vita che impone a molti pazienti che spesso vivono nel terrore di essere colpiti dalle crisi dolorose.

I costi diretti della malattia sono ovviamente quelli legati alla necessità del ricorso alle strutture ospedaliere, al costo dei farmaci e alla esecuzione di indagini di *neuroimaging* che, seppure quasi sempre non necessarie – come prima ricordato –, in realtà spesso vengono prescritte in questi soggetti.

I costi indiretti sono rappresentati essenzialmente dalla perdita di produttività delle persone affette (dalle 4 alle 8 giornate perse in un anno come media a livello mondiale) le quali, oltre che assentarsi spesso dal lavoro, arrivano anche a ridurre la loro efficienza lavorativa quando colpite da attacchi di minore intensità che non giustificano la permanenza a casa.

I costi intangibili della malattia sono legati per lo più agli stati di ansia e depressivi che possono con una certa frequenza comparire in questi malati, nonché alla evidenza che molti di loro rispondono in maniera del tutto insoddisfacente alle terapie soprattutto per quanto riguarda la prevenzione delle crisi.

TOSCANA MEDICA - *Esistono oggi delle novità in tema di terapia dell'emicrania? Quale è l'importanza degli anticorpi monoclonali anti CGRP?*

GEPPETTI - Come accennato prima, gli anticorpi monoclonali di cui a breve disporremo sono stati "costru-

iti" specificamente per bloccare o il CGRP o il suo recettore, arrestando così l'azione del neuropeptide sull'infiammazione neurogenica e riducendo in maniera significativa, con efficacia protratta nel tempo, il numero e la severità degli attacchi.

ALESSANDRI - Le molecole ad azione antagonista sul recettore del CGRP, il cui studio è iniziato diversi anni fa anche all'Università di Firenze, certamente rappresentano una vera e propria rivoluzione nella profilassi dell'emicrania e appare assai probabile che nel tempo potranno sostituire tutte quelle classi di farmaci (betabloccanti, antiserotonergici, antidepressivi, antiepilettici, calcioantagonisti) che sono state fino a oggi utilizzate nella profilassi anti-emicranica con risultati alterni e fondando il loro razionale d'uso su base spesso empirica.

TOSCANA MEDICA - *Quali sono gli effetti collaterali legati alla somministrazione di questi nuovi anticorpi monoclonali?*

PALUMBO - Gli effetti collaterali sono praticamente sovrapponibili a quelli del placebo e a questa importante considerazione si aggiungono gli ottimi risultati degli studi di efficacia che parlano del 65% dei pazienti che vedono ridotti gli attacchi del 50% con punte fino al 75% in circa il 42%, mentre il 24% degli emicranici addirittura risulta libero da qualsiasi sintomatologia.

TURCO - I dati adesso riportati dal dottor Palumbo sono certamente assai interessanti però per trovare concreta applicazione nel mondo reale di medici e pazienti necessitano, torno a ribadirlo, di un percorso che identifichi in maniera inequivocabile quali sono i pazienti che possono utilmente beneficiare di questi nuovi farmaci e con quali modalità di dispensazione. Anche in questo campo la domanda che tutti i sistemi sanitari si pongono è sempre la stessa: quanta e quale innovazione possiamo permetterci?

TOSCANA MEDICA - La dottoressa Turco ha anticipato la domanda: a fronte di una indiscutibile efficacia, quale è la sostenibilità economica di queste nuove molecole?

DEI - La sostenibilità dell'impiego dei nuovi anticorpi monoclonali non può prescindere dalla valutazione di quanto "costi" complessivamente l'emicrania, a partire dagli interventi che vengono messi in atto a livello di medicina generale per raccogliere dati di prevalenza e incidenza e capire quante realmente potrebbero essere le persone veramente bisognose di queste terapie. Oggi infatti sfortunatamente i costi di terapie prive di adeguati riscontri di appropriatezza nel tempo non sono proprio più sostenibili.

MESSORI - Anche nel caso dell'emicrania, la questione economica va contestualizzata nell'attuale epoca di innovazioni terapeutiche rivoluzionarie, quali ad esempio quelle connesse alla terapia genica di alcune condizioni cliniche come l'emofilia, la leucemia linfoblastica acuta dei giovani sotto ai 24 anni, il linfoma non-Hodgkin ecc. Si tratta di terapie che negli Stati Uniti sono già disponibili e costano dai 300mila ai 500mila dollari *una tantum* per paziente. Ebbene, valutando il rapporto costo/beneficio di queste nuove terapie si viene a scoprire che in realtà questi trattamenti innovativi finiscono inaspettatamente per risultare "convenienti". Questo perché, quando la terapia ha successo, il paziente "guarisce" e dimostra perciò un beneficio che si protrae per decenni e spesso per la sua intera aspettativa di vita residua. In altre parole, costa meno una terapia genica somministrata *una tantum* e prezzata 400mila dollari, piuttosto che una terapia cronica di durata indefinita. Ad esempio, nell'emofilia A, il fattore VIII implica un costo di circa 40mila euro per anno per paziente che si protrae per molti decenni e che oggi genera una spesa cumulativa che è probabilmente ben maggiore rispetto a quanto co-

sterà una (auspicata) terapia genica risolutiva.

Alla luce di queste considerazioni sarà necessario ridefinire i concetti di valore clinico, di innovazione, di esito a distanza e, soprattutto, di remunerazione economica a parità di beneficio (la cosiddetta *willingness-to-pay threshold*). In particolare, nel campo della valorizzazione del beneficio clinico, bisognerà considerare l'impatto di tutte le nuove terapie (compresi i monoclonali per l'emicrania) in termini di miglioramento sia della qualità che della quantità della vita dei pazienti.

ALESSANDRI - Prendiamo in esame la situazione italiana partendo dalle osservazioni del dottor Messori. Nel nostro Paese si stima che gli emicranici siano circa sei milioni, la maggior parte dei quali gestisce "in proprio" la condizione. Circa un milione di questi pazienti è affetto da una forma cronica (15 giorni o più di cefalea al mese) e nella metà dei casi presenta un eccessivo uso di farmaci sintomatici.

A fronte di questo scenario le scelte da compiere devono essere orientate a evitare la cronicizzazione dell'emicrania in quanto questa condizione, pur non avendo una prognosi infau-
sta quoad vitam, può averla *quoad valetudinem*, considerando che l'emicranico cronico consuma circa l'80% delle risorse disponibili per la cura di questa patologia (costi diretti), ma soprattutto presenta, per la grave disabilità, alti costi indiretti.

La perdita di produttività sul lavoro, che in Italia in verità non ha mai goduto della giusta considerazione, dovrebbe essere sempre attentamente valutata quando si analizza il rapporto costo/beneficio di una terapia.

MESSORI - Non per niente AIFA fino a oggi non ha mai riconosciuto alcuna valenza ai costi indiretti (ad es. le giornate lavorative perdute), neppure nei casi di manifesta opportunità!

GEPPETTI - Messori ha ragione e in questo senso ricordo che anche a

livello governativo non si è prestata la necessaria attenzione a pazienti particolarmente gravi come quelle/quelli affetti da emicrania cronica, quando lo scorso anno la fibromialgia ma non l'emicrania cronica è stata inserita nei nuovi LEA. Vorrei sottolineare un aspetto molto importante per l'uso dei nuovi farmaci nella pratica clinica. Infatti, i benefici degli anticorpi monoclonali nell'emicrania, bloccando il meccanismo che sta alla base del dolore emicranico, sono evidenti già dopo 3 o 7 giorni dall'inizio della somministrazione. Una tempistica così ridotta porta alla possibilità di valutare l'efficacia della terapia nel singolo paziente già dopo 1-2 trattamenti. Tale caratteristica rappresenta un vantaggio ulteriore per queste nuove molecole, visto che l'appropriatezza terapeutica potrebbe non richiedere tempi lunghi per la sua convalida. Una strategia prescrittiva basata sulla verifica dell'efficacia dopo un numero di somministrazioni limitato potrebbe ridurre i costi e favorire l'accesso alla terapia a più pazienti che ne necessitano.

DEI - La questione dei tempi per la scelta di un farmaco appare certamente di grande valore non solo per i professionisti e i loro pazienti ma anche per gli amministratori della cosa sanitaria. È pertanto auspicabile che l'amministrazione regionale si muova, se AIFA non intende farlo, in questa direzione, indicando con esattezza ai medici anche cosa fare in caso di inefficacia della terapia. La nostra Regione sta dedicando grande attenzione alla quantificazione dei costi indiretti di una determinata condizione morbosa e credo che attraverso un patto condiviso con i professionisti del settore si possa arrivare a garantire la sostenibilità di un farmaco a favore di chi ne abbia reale necessità.

BAGLIONI - Riporto alcune cifre relative ai costi dell'emicrania, invitando tutti a non limitarsi al mero aspetto economico della malattia. Quando si valuta la sostenibilità di una terapia

non si può prescindere dalle ricadute che si manifestano su tutto il sistema dal suo non impiego. Ciò detto, il ciclo di terapia completo con gli ATB monoclonali ha un alto costo ma considerando il bersaglio principale, l'emicrania cronica, con prevalenza in Italia dell'1,6% della popolazione che significa quasi un milione di soggetti, che costano direttamente (farmaci, PS, ricoveri, indagini) e indirettamente (perdita di giornate di lavoro, minore produttività ecc.) circa 3,5 miliardi di euro, gli effetti positivi se si applicasse la terapia a tutta questa categoria di assistiti, pur tenendo conto dei successi parziali, sarebbe di quasi 1,6 miliardi di euro e questo compenserebbe largamente nel tempo la spesa, se solo non si considerasse il comparto sanità isolato dal Paese.

TOSCANA MEDICA - *Quale è la situazione in Toscana per quanto riguarda l'emicrania sia in ospedale che sul territorio? Esiste un coordinamento regionale organizzato a livello di rete al pari di quanto avviene per altre patologie come ad esempio i tumori?*

ALESSANDRI - Innanzi tutto vorrei ricordare che la Toscana può rivendicare il Centro Cefalee più antico

d'Europa, quello che a Firenze fu fondato nel 1950 da Federigo Sicuteri, grazie anche alla lungimiranza del suo maestro Enrico Greppi, e che sempre nella nostra Regione ha visto la luce, nel 1976, la Società Italiana per lo Studio delle Cefalee. È stato proprio grazie a questa Società se già diversi anni or sono in Toscana si è cercato, tra gli esperti di cefalee, di iniziare a fare rete, costruendo cartelle cliniche condivise, uniformando le diagnosi e raccogliendo i casi delle cefalee rare. Questa esperienza a mio parere non dovrebbe andare perduta, divenendo parte integrante della creazione di PTDA per le cefalee. L'emicrania rappresenta il 50% delle cefalee primarie che a loro volta rappresentano il 90% di tutte le cefalee e pertanto un corretto inquadramento diagnostico sul quale impostare una terapia appropriata è assolutamente necessario, soprattutto in vista della prossima introduzione delle nuove molecole di profilassi anti-emicranica che non dovranno essere in alcun modo somministrate indiscriminatamente a tutti i pazienti con cefalea.

TURCO - Dopo i tentativi dei professionisti della Società Scientifica che ricordava adesso il dottor Alessandri, adesso è giunto il momento

di creare in Toscana una vera rete strutturata, basata sull'identificazione di nodi di livello specialistico crescente e sull'integrazione dei vari professionisti coinvolti (medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, specialisti dei Centri di riferimento, DEA e reparti ospedalieri) in un'ottica di perseguimento della migliore appropriatezza organizzativa possibile. A livello di Area vasta Centro esiste già una bozza di un simile progetto che eventualmente potrebbe essere poi allargato a tutto il contesto regionale.

DEI - Qualsiasi PDTA funziona se viene contestualizzato nella realtà nella quale dovrà diventare operativo e le cose che potrebbero funzionare in una zona della Toscana potrebbero non farlo altrettanto bene in altre. Nella zona sud-est, per fare un esempio, noi vogliamo che il paziente di Orbetello o di Pitigliano abbia esattamente le stesse opportunità di chi vive a Pisa o a Firenze. Per questo credo che il ruolo del primo livello, gestito dalla medicina generale, sia davvero importante, soprattutto quando si tratta di impostare un percorso di diagnosi e cura che necessariamente deve essere uguale per tutti i cittadini toscani.

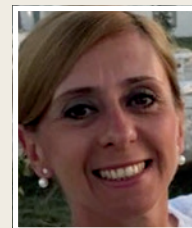
Si ringrazia per aver contribuito alla pubblicazione



Il partecipante Prof. Pierangelo Geppetti, in qualità di Professore Ordinario di Farmacologia Clinica presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Firenze, dichiara che nella Sua attività universitaria ha ottenuto finanziamenti da Aziende operanti nel settore.

Le epilessie: appropriatezza prescrittiva e interazioni farmacologiche

di Elisa Gualdani, Laura Policardo, Gaetano Zaccara,
Pasquale Palumbo, Paolo Francesconi



ELISA GUALDANI

Gennaio 2013: master II livello "Fonti, metodi e strumenti per la ricerca sociale".
Ottobre 2009: laurea specialistica "Statistica - Popolazione e società", votazione 108/110.
Collaboratore libero professionale Agenzia Regionale di Sanità. Attività svolte in ARS: statistico libero professionista presso l'Osservatorio di Epidemiologia

LAURA POLICARDO, PAOLO FRANCESCONI
Agenzia Regionale di Sanità, Firenze

GAETANO ZACCARA
Unità di Neurologia, Usl Centro, Firenze

PASQUALE PALUMBO
Unità di Neurologia, Usl Centro, Prato

Attraverso una analisi dei dati amministrativi, è stato condotto uno studio per valutare la frequenza con cui nella Regione Toscana a un trattamento costituito da antiepilettici induttori è associato un farmaco il cui metabolismo è indotto da questi. Nel 2016, circa il 30% dei 9.221 pazienti affetti da epilessia e trattati con antiepilettici induttori risultava essere contemporaneamente trattato con un farmaco reso inefficace dalla associazione mentre il 36% era trattato con farmaci oggetto di interazione moderata.

Parole chiave:

carbamazepina, fenitoina, fenobarbital, induzione enzimatica, dati amministrativi

Le interazioni farmacologiche sono una delle cause più frequenti di errori medici e costituiscono una causa rilevante di morbilità e di mortalità nella popolazione generale.

Tra le interazioni farmacocinetiche, quelle costituite dalla induzione del metabolismo di un farmaco da parte di un altro composto somministrato contemporaneamente al precedente sono molto frequenti e determinano una riduzione di efficacia o la completa inefficacia del farmaco oggetto di interazione.

Poiché alcuni dei farmaci che si usano per il trattamento delle epilessie sono dei potenti induttori enzimatici, è importante analizzare la dimensione epidemiologica delle interazioni che si verificano nei pazienti affetti da questa malattia.

Dagli anni 2003-2004 nella Regione Toscana tutti i farmaci erogati dal SSN (FED, farmaci erogati direttamente; e SPF, prestazioni farmaceutiche) sono registrati in un archivio digitale. Ciò rende possibile effettuare studi epidemiologici sulla prevalenza di numerose malattie croniche. Recentemente è stato allestito un algoritmo che ha consentito di identificare con buona approssimazione i casi prevalenti di epilessia nella Regione Toscana nell'anno 2016: Sono stati così identificati 25.996 pazienti affetti da questa malattia. La stima della prevalenza della malattia, che è in linea con i dati di letteratura, è risultata essere 6,9/1.000.

Nel gruppo di pazienti affetti da epilessia così identificati è stato quindi possibile selezionare quelli trattati con antiepilettici induttori (fenobarbital/primidone, fenitoina, carbamazepina) e, tra questi, individuare quelli che nel corso dell'anno 2016 hanno avuto almeno 4 prescrizioni di un farmaco il cui metabolismo è indotto dagli antiepilettici induttori.

Per ridurre il numero di farmaci *inducibili* da indagare abbiamo limitato l'analisi a 5 gruppi anatomici secondo la classificazione ATC (gruppo A, farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo; gruppo B, sangue e sistema emopoietico; gruppo C, apparato cardiovascolare; gruppo H, sistema endocrino, con esclusione degli ormoni sessuali e dell'insulina; gruppo N, sistema nervoso). Per i farmaci del gruppo N abbiamo escluso gli antiepilettici. Nell'ambito di ciascuno dei suddetti 5 gruppi anatomici, i farmaci che sono oggetto di interazione da parte degli antiepilettici induttori sono stati identificati ricercando singolarmente le eventuali interazioni di ciascun farmaco attraverso una ricerca su *internet* (*Medscape drug interaction checker*) e attraverso una analisi della letteratura. Sono stati selezionati solo i farmaci che subiscono l'interazione in misura potenzialmente grave o moderata. Nella data indice del 1° gennaio 2016, nella popolazione costituita da 25.996 pazienti affetti da epilessia (il 6,9/1.000 di tutta la popolazione dei 3.744.398 residenti in Toscana nel gennaio 2016), 9.221 pazienti

(35,5%) sono risultati essere trattati con almeno uno dei farmaci antiepilettici induttori enzimatici maggiori (carbamazepina, fenitoina, fenobarbital, primidone). Nella Tabella I sono riportate le percentuali di pazienti trattati con ciascuno dei vari induttori.

Nell'ambito delle 5 classi ATC considerate, sono stati selezionati 112 farmaci che sono oggetto di una induzione enzimatica grave o moderata da almeno uno dei tre farmaci antiepilettici induttori. Otto farmaci erano del gruppo anatomico A del sistema ATC (apparato gastrointestinale e metabolismo), 12 del gruppo B (sangue e sistema emopoietico), 37 del gruppo C (apparato cardiovascolare), 9 del gruppo H (sistema endocrino, esclusi ormoni sessuali e insulina), 46 del gruppo

N (sistema nervoso, dopo esclusione degli antiepilettici).

L'algoritmo di identificazione ha consentito di identificare, nell'ambito della popolazione di pazienti affetti da epilessia e trattati con almeno un induttore enzimatico, il numero di pazienti cui erano stati prescritti anche i farmaci oggetto di induzione in precedenza individuati (Tab. II).

Alcuni pazienti potrebbero essere stati trattati contemporaneamente con più farmaci oggetto di interazione.

Quasi il 30% dei pazienti epilettici trattati con induttori enzimatici assumono contemporaneamente farmaci che sono resi del tutto inefficaci dalla interazione. Vi è inoltre un ulteriore 36% di pazienti con interazioni moderate che dovrebbero rendere necessario almeno un incremento della dose del farmaco indotto.

Il quadro che emerge dalla analisi di questi dati è particolarmente allarmante perché spesso i farmaci indotti sono importanti per la sopravvivenza stessa dei pazienti. Si pensi ad esempio ai nuovi anticoagulanti orali, ai cortisonici oppure anche ai neurolettici.

Bisogna aggiungere che, anche se allarmanti, questi dati sottostimano in misura rilevante la gravità del fenomeno dell'induzione enzimatica per una serie di ragioni. La più importante è che non sono state analizzate le interazioni tra gli antiepilettici induttori e i farmaci appartenenti ad altre classi ATC. Ad esempio, i farmaci anti-infettivi (classe J) e antineoplastici e immunosoppressori (classe L) non sono stati considerati anche se le conseguenze di queste interazioni possono essere molto gravi. Ciò perché da un punto di vista epidemiologico la frequenza delle associazioni tra questi farmaci e gli induttori non si suppone sia elevata.

È opportuno anche ricordare che l'induzione enzimatica operata dagli antiepilettici induttori sugli altri farmaci costituisce solo un aspetto del problema più generale delle interazioni nell'ambito delle epilessie.

In letteratura altri studi hanno cercato di calcolare la percentuale di soggetti che assumono farmaci che interagiscono tra loro utilizzando dati amministrativi. Negli studi in cui sono state analizzate popolazioni di pazienti non selezionate, i dati di prevalenza, se riferiti alle interazioni gravi, oscillano intorno all'1%.

In conclusione, ciò che emerge dalla nostra analisi è di gran lunga più grave di quanto emerso in precedenti studi e testimonia il fatto che i pazienti affetti da epilessia e trattati con induttori costituiscono la popolazione a maggior rischio di interazioni gravi tra quelle in precedenza studiate. L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana si propone di organizzare *audit* per sensibilizzare i clinici al tema.

Farmaco induttore	Numero di pazienti affetti da epilessia e trattati con un farmaco induttore	Percentuale
Carbamazepina	5.341	51,36
Fenobarbital/primidone	3.961	38,09
Fenitoina	1.098	10,56
Totale	10.400*	100

* Poiché alcuni pazienti erano contemporaneamente trattati con più di un farmaco antiepilettico induttore, la somma totale dei singoli farmaci induttori usati in questa popolazione è superiore al numero di pazienti trattati con almeno un induttore (9.221).

Tabella I – Percentuali di pazienti trattati con induttori.

Codice ATD	Interazione grave (farmaci incompatibili)		Interazione moderata (necessità di aggiustamento delle dosi)	
	Numero [§]	Percentuale [†]	Numero [§]	Percentuale [†]
A - Apparato gastrointestinale	440	4,8%	1.081	11,7%
B - Sangue e organi emopoietici	720	7,81%	417	4,5%
C - Sistema cardiovascolare	1.108	12,02%	1.008	10,9%
H - Sistema endocrino	192	2,08%	67	0,6 %
N - Sistema nervoso (escluso antiepilettici)	270	2,93%	811	8,8%
Somma	2.730	29,6%	3.384	36,7%

[§] Numero di pazienti affetti da epilessia e trattati con induttore/i enzimatico/i che hanno avuto almeno 4 prescrizioni di un farmaco che, nell'ambito di ciascuna classe anatomica, è oggetto di interazione; [†] Percentuale rispetto al numero complessivo di pazienti trattati con induttori enzimatici.

Tabella II – Percentuali di interazioni gravi e moderate.

elisa.gualdani@ars.toscana.it

Migliorare la sicurezza delle cure

Appunti sul rischio clinico per operatori di prima linea (Parte 5^a)

L'errore e la sicurezza in medicina

di Serena Romanelli, Giovanni Falsini, Cinzia Sestini



SERENA ROMANELLI
Infermiera, Coordinatrice UO Neurologia presso la Azienda USL Toscana Sud Est, sede operativa di Arezzo. Dal 2008 si occupa di qualità, rischio clinico e accreditamento di cui è facilitatrice per il Dipartimento Cardiovascolare e Neurologico dell'Azienda USL Toscana Sud Est

GIOVANNI FALSINI
Dipartimento Cardiovascolare e Neurologico Azienda USL Toscana Sud Est, Zona Operativa Arezzo

CINZIA SESTINI
Rischio Clinico Azienda USL Toscana Sud Est, Zona Operativa Arezzo

Affrontiamo il rapporto tra sicurezza ed errori in Sanità. Una organizzazione definita sicura deve riuscire a far circolare l'informazione relativa a tutti i segnali colti dal sistema di *incident reporting*. La strada principale per arrivare a questo è cercare un equilibrio tra l'approccio umano all'errore e quello di sistema. Seguirà l'analisi delle interazioni tra uomo e ambiente in campo sanitario.

Parole chiave:
sicurezza, incident reporting, errore umano, rischio clinico, gestione degli errori

Le fonti informative

Le fonti informative sulla sicurezza sono multiple (Figura 1) e ciascuna esplora aspetti differenti. L'*incident reporting* è il sistema di segnalazione spontanea degli eventi da parte degli operatori, riguarda

generalmente eventi non gravi o eventi sfiorati. I reclami e le denunce fatti dai pazienti e/o dai familiari riguardano situazioni molto disparate, non solo eventi avversi, ma la conflittualità rappresenta comunque un indicatore di disfunzione di una organizzazione.

I *mass-media* segnalano eventi molto gravi, generalmente di sospetta malasanità.

I dati clinico-amministrativi rappresentano lo strumento più preciso per quantificare la reale incidenza degli eventi avversi con un approccio sistematico di tipo *top-down*, che parte cioè dall'alto per indagare in dettaglio elementi singoli confluendo nell'evento avverso. L'approccio opposto, di tipo *bottom-up*, è l'*incident reporting*, che parte da segnalazioni di singoli eventi da parte degli operatori di prima linea i quali portano così a conoscenza della dirigenza eventi altrimenti non rilevabili. L'*incident reporting* però segnala solo il 10-20% di eventi, principalmente *near-miss*. Esprimendo la sensibilità degli operatori di prima linea a segnalare, fornisce comunque un indicatore della cultura della sicurezza di una organizzazione.

Epidemiologia dell'errore in medicina

I dati epidemiologici disponibili in letteratura sull'incidenza di eventi avversi derivano da studi basati sulla revisione delle cartelle cliniche.

Dal *To err is human* sono stati pubblicati molti studi; il più recente di Makari MA, *Medical error-the third leading cause of death in the US*, riporta una frequenza molto variabile

dal 3% al 33% di eventi avversi con una percentuale di eventi letali dallo 0,7% all'1,4% e una prevenibilità dal 44% al 100%.

Per la realtà italiana il miglior riferimento è lo studio di Tartaglia che documenta una incidenza di eventi avversi del 5,17% dei ricoveri con una percentuale di eventi avversi letali dello 0,5% e una prevenibilità del 56,7%. La Tabella I riporta la classificazione delle tipologie di errori medici.

La sicurezza

Esiste una relazione, documentata in vari contesti, di una proporzione tra eventi gravi (morte o grave danno), piccoli incidenti, quasi eventi e azioni insicure con un rapporto di circa 1 a 10, 100, 1.000 (nella versione originale di Heinrich il rapporto era 1 a 30-60, 300-600 e molte migliaia). Tale rapporto viene rappresentato come una piramide o come un *ice-berg* dove la parte fuori dall'acqua è rappresentata dagli eventi gravi che sono visibili a tutti mentre la zona sotto il livello dell'acqua è nascosta. Questa parte è costituita dai *near-miss* e dalle azioni insicure, che sono quindi la parte informativa più numerosa e in grado di rilevare ele-

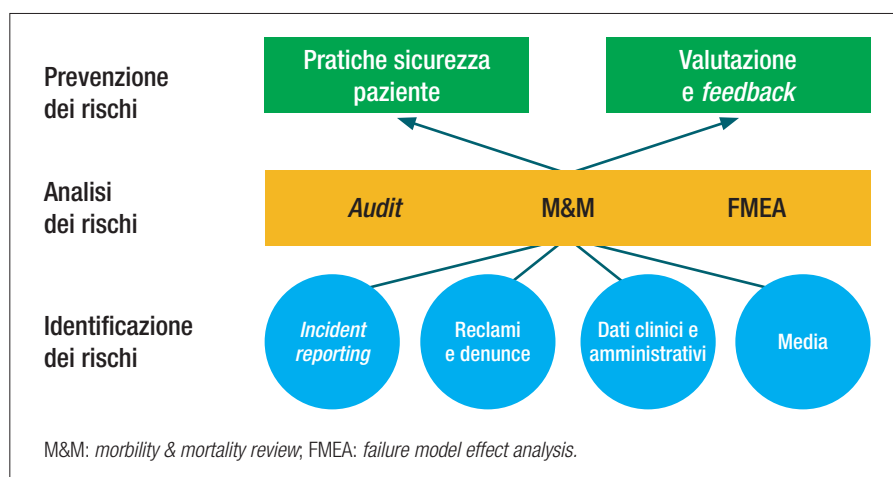


Figura 1 – Le fonti informative.

menti critici del sistema su cui intervenire. Dal punto di vista dell'analisi della sicurezza di una organizzazione, la parte visibile rappresenta l'area di apprendimento basata sulla cultura della colpa mentre la parte inferiore indica l'area di apprendimento di una organizzazione sicura (Figura 2).

Un modo interessante di rappresentare la sicurezza di una organizzazione è quello della matrice segnali-risposte (Tabella II)¹. Se la

¹ www.ibs.it/promuovere-sicurezza-gestione-dei-rischi-libro-generic-contributor-s/e/9788843069361.

risposta a un segnale forte è debole (Tabella II; quadrante 1), l'organizzazione non è sicura: si attende che il segnale diventi incidente, non lo si considera fonte di apprendimento e miglioramento; se accade un incidente si interviene sull'ultimo anello debole della catena, la persona che ha sbagliato; vengono trascurati tutti gli altri fattori che restano attivi nel sistema, pronti a generare altri errori. Nel caso di risposte deboli a segnali deboli (Tabella II; quadrante 2), il sistema attende che il segnale evolva verso incidenti gravi a causa dell'incapacità di rappresentare il pericolo per eccesso di fiducia nelle proprie capacità a livello sia di persona che di sistema o per carenza di risorse. Nel caso di una organizzazione che reagisce con risposte forti a segnali deboli (Tabella II; quadrante 3), il sistema apprende dall'esperienza sul campo, per prove ed errori, sottostima dei rischi o esigenze produttive che pongono

Categorie generali	
Errori di commissione	Errori dovuti all'esecuzione di atti medici e assistenziali non dovuti o praticati scorrettamente
Errori di omissione	Errori dovuti alla mancata esecuzione di atti medici e assistenziali ritenuti, sulla base delle conoscenze, necessari per la cura del paziente (cure inferiori agli <i>standard</i>)
Tipologia di errore	
Errore umano (attivo o latente)	<i>Slip/lapse/mistake</i>
Violazioni	Deviazioni da protocollo o procedure operative sicure, <i>standard</i> o regole
Errori organizzativi	Errori dovuti alla organizzazione del lavoro, alla pianificazione delle emergenze, alla disponibilità e accessibilità di apparecchiature sanitarie e/o di supporto
Alcune tipologie specifiche di errore	
Diagnostici	Errore di ritardo nella diagnosi
	Mancata effettuazione dei <i>test</i> appropriati
	Uso di <i>test</i> o terapie obsolete
	Fallimento delle azioni sui risultati del monitoraggio
Trattamento	Errore di effettuazione di operazione, procedura o <i>test</i>
	Errore di somministrazione della terapia
	Errore di dosaggio di un farmaco o nella modalità di somministrazione
	Ritardo evitabile del trattamento o della risposta a un <i>test</i> patologico
	Trattamento inappropriato (non indicato)
Prevenzione	Fallimento nella profilassi
	Inadeguato monitoraggio del trattamento
Altro	Fallimento di comunicazione
	Fallimento delle apparecchiature
	Altri fallimenti del sistema

Tabella I – Classificazione delle tipologie di errore medico.

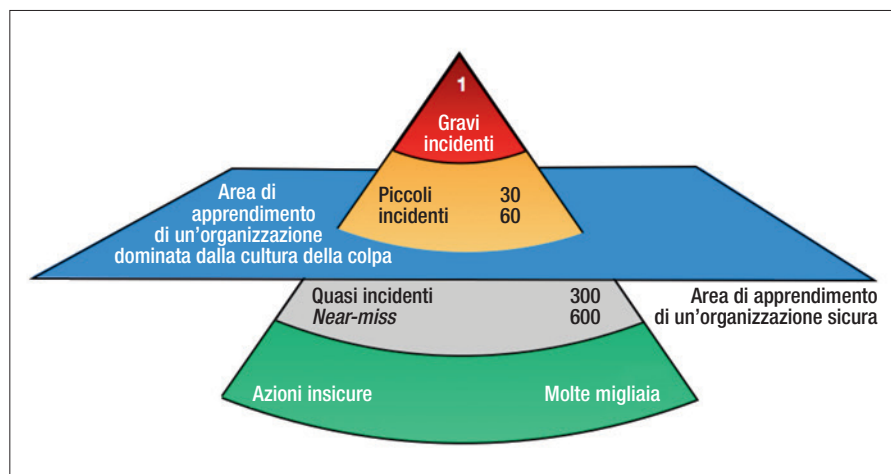


Figura 2 – Sicurezza: la piramide-iceberg degli incidenti.

		Risposte	
		Deboli	Forti
Segnali	Deboli	2 Deriva verso l'incidente	4 Sicurezza proattiva
	Forti	1 Collasso	3 Sicurezza reattiva

Tabella II – La matrice segnali-risposte della sicurezza (da: Bracco, 2013).

la sicurezza in secondo piano o per prevalenza della cultura della colpa: viene atteso un evento grave per reagire. L'ultimo caso è quello di una organizzazione che offre risposte forti a fronte di segnali deboli (Tabella II; quadrante 4): è il caso auspicabile della sicurezza proattiva. I segnali deboli sono difficilmente visibili, spesso sono visibili solo agli operatori di prima linea; serve un sistema di segnalazione strutturato degli eventi che metta in comunicazione la base con i vertici dell'organizzazione. Un sistema definito sicuro deve riuscire a far circolare l'informazione relativa non solo agli incidenti, che è obbligatoria, ma anche e soprattutto ai segnali deboli. Presupposti di questo sistema sono la fiducia e la ricaduta concreta e rapida delle informazioni riportate sul modo di lavorare.

La centralità del modello di Reason, nella gestione del rischio clinico

Il modello di Reason porta al superamento dei concetti di colpa ed errore per l'utilizzo gestionale delle infor-

mazioni derivate dallo studio dell'incidente.

Il problema dell'errore umano può essere affrontato in due modi:

- approccio individuale;
- approccio di sistema.

Ciascuno ha il suo modello di causa dell'errore e dà luogo a diverse filosofie di gestione.

Approccio individuale

L'approccio individuale considera che

le cause del singolo errore sono azioni sbagliate, isolate dal loro contesto organizzativo e che le persone sono libere di scegliere tra modi di comportamento sicuri e insicuri: se qualcosa va storto è evidente che un singolo (o un gruppo di individui) deve essere responsabile (per dimenticanza, disattenzione, scarsa motivazione, incuria, negligenza, sconsideratezza). Le contromisure all'errore sono pertanto rivolte solo a ridurre la variabilità indesiderata del comportamento umano. Queste misure comprendono campagne che si appellano al senso di paura delle persone, la realizzazione/revisione delle procedure, misure disciplinari, la riqualificazione.

In questo approccio due importanti caratteristiche dell'errore umano vengono trascurate:

- spesso sono le persone migliori, più preparate, con più esperienza a commettere gli errori peggiori;
- le disavventure seguono generalmente schemi ricorrenti; lo stesso insieme di circostanze può provocare lo stesso errore, indipendentemente dalle diverse persone coinvolte (test di Johnstone: quando succede un incidente, se si sostituisce l'individuo con un altro di pari qualifica ed esperienza, nelle stesse circostanze, si produce generalmente lo stesso risultato).

Approccio di sistema

La condizione umana è fallace e gli errori sono inevitabili. L'approccio sistemico, olistico, dell'errore sta-

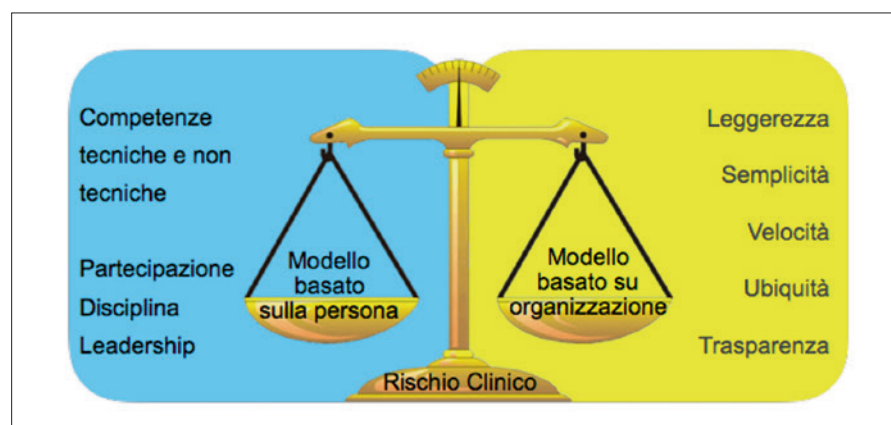


Figura 3 – La bilancia tra il modello di gestione del rischio clinico basato sulla persona e quello basato sulla organizzazione.

bilisce che *non possiamo cambiare la condizione umana ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli uomini lavorano e minimizzare le opportunità di errore.*

Gli errori sono considerati come conseguenze piuttosto che cause ed hanno la loro origine non nella perversità della natura umana o dell'approccio personale ma nel sistema stesso.

Quando un evento avverso si verifica, l'importante questione non è chi ha sbagliato, ma come e perché le difese hanno fallito.

La giusta bilancia

Gli incidenti sono spesso il risultato

di un grande numero di fattori interconnessi: circa il 15% degli incidenti è causato da errori individuali e l'85% da errori del sistema. L'errore umano si presenta spesso come la vera causa degli incidenti: tuttavia, quasi sempre, vi è la possibilità di agire sui fattori sistemici capaci di prevenire l'errore o mitigarne le conseguenze.

L'approccio tecnologico, quello basato sul fattore umano e quello del modello delle organizzazioni ad alto rischio apportano elementi utili che devono entrare nella gestione quotidiana del rischio clinico. Pertanto l'approccio corretto è dato dal bilan-

ciamento dell'approccio umano con l'approccio di sistema.

Commenti

Il problema della gestione degli errori rappresenta oggi un aspetto ineludibile delle professioni sanitarie che deve essere affrontato secondo una visione sistemica volta ad avvalersi anche dei contributi del modello basato sulla persona.

L'articolo prosegue nel prossimo numero.

giovanni.falsini@uslsudest.toscana.it

Ricordo di Romano Grandini



È con profonda tristezza che mi accingo a ricordare la figura di Romano Grandini, Professore di Odontoiatria Conservativa, conosciuto in tutto il mondo accademico e della professione, per molti di noi semplicemente il Prof. Non è facile rappresentare in poche parole chi era Romano, chi ha avuto la fortuna di stargli vicino può capire cosa intendo dire. Era un fantastico docente ed eccellente clinico, da questo punto di vista tutti lo conoscono anche solo di fama, ma aveva innumerevoli altri interessi che sarebbe troppo lungo elencare, è stato perfino attore in un film di successo...

È stato Presidente del Corso di Laurea in Odontoiatria, oltre che Direttore del Dipartimento di Odontostomatologia a Firenze e ha ricoperto cariche importanti a livello nazionale, ma quello che più lo caratterizzava era la sua umanità, la grande simpatia, il suo entusiasmo e un'inesauribile vitalità. Non era semplice riuscire a

stargli dietro ma ne valeva la pena, c'era sempre da imparare e divertirsi.

Personalmente ho condiviso più di 30 anni di vita universitaria, ANDI, odontosciate, Congressi... Romano è sempre stato un catalizzatore di iniziative, un trascinateur, un aggregatore, pieno di interessi, sempre aggiornato, coraggioso nello sperimentare tecniche e materiali. È stato tra i primi a credere nelle procedure adesive e nei compositi, andando controcorrente rispetto all'odontoiatria dell'epoca. Ero affascinato da quello che riusciva a fare con le sue mani, un pennellino e una piccola spatola. In molti, io per primo, dobbiamo a Lui l'amore e la passione per il nostro lavoro.

Grazie Maestro, grazie Romano, ci rivedremo per scherzare ancora

Luca Giachetti

Professore di Conservativa a Firenze



Il Prof. Romano Grandini era laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Odontostomatologia presso l'Università degli Studi di Firenze. Dal 1966 Assistente presso la Clinica Odontoiatrica, Ricercatore dal 1980 presso l'Università degli Studi di Firenze. Titolare della Cattedra di Odontoiatria Conservatrice presso l'Università di Ferrara dal 1990 al 1993. Dal novembre 1993 Professore Ordinario e titolare della Cattedra di Odontoiatria Conservatrice presso il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università degli Studi di Firenze. Presidente del Corso di Laurea di Odontoiatria e Protesi Dentaria dal 1999 al 2005, Direttore del Dipartimento di Odontostomatologia dal 2005 fino al collocamento a riposo per raggiunti limiti di età nel 2008. Direttore dei Corsi di Perfezionamento "Utilizzo del Laser in Odontostomatologia", "Odontoiatria Speciale per disabilità", "Utilizzo dell'ozono in Odontostomatologia". Socio Beneficario dell'ANDI, Socio Onorario dell'Accademia Italiana di Conservativa e della Società Italiana di Odontoiatria Conservativa, nel biennio 1999-2000 è stato Presidente della Società Italiana di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale.

Autore di libri e pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali, brillante conferenziere, è stato invitato per corsi e congressi in tutto il mondo.

Deprescribing nelle malattie cardiovascolari

di Alberto Dolara



ALBERTO DOLARA

Nato a Firenze nel 1932. Laurea in Medicina, Firenze 1957. Specialistica in Cardiologia, 1961.

Perfezionamenti: Ospedale Niguarda (Milano) 1968; Hammersmith Hospital (Londra) 1980; NIH (Bethesda, USA) 1983, 1987.

Direttore Unità Cardiovascolare, S. Luca-Ospedale Careggi, Firenze, 1979-2002

Parole chiave:
deprescribing, età avanzata, malattie cardiovascolari, politerapia, revisione critica della prescrizione

Deprescribing indica un processo che ha l'obiettivo di ridurre gli effetti avversi che si verificano in una popolazione anziana alla quale sono state prescritte terapie complesse non necessarie e/o dannose.

Il medico, quando possibile, *deprescrive* cioè riduce, sostituisce o cancella medicinali inappropriati. Nelle malattie cardiovascolari occorre tener conto dei possibili effetti negativi della sospensione dei farmaci. Tuttavia, date le scarse conoscenze dei rischi e benefici che si hanno quando la terapia prosegue dopo l'evento acuto fino all'età inoltrata, è necessaria una revisione regolare delle prescrizioni da parte del medico di famiglia e del cardiologo.

L'invecchiamento della popolazione tende a far aumentare il numero delle comorbidità e di conseguenza aumenta il numero dei medicinali che vengono prescritti. Una elevata percentuale di pazienti è esposta a un uso inappropriato delle medicine e anche medicinali inizialmente ritenuti appropriati possono cessare di esserlo con l'invecchiamento e il variare della situazione clinica. Di qui la necessità di una revisione critica delle prescrizioni precedenti, processo sintetizzato nel termine di *deprescribing*. Il termine compare la prima volta nella letteratura medica in un articolo di Woodward, geriatra australiano, sul *Journal Pharmacology and Practical Research* del 2003: "*Deprescribing: achieving better health outcome for older people reducing medications*". La particella "de", di origine latina, conferisce notevole intensità semantica al termine inglese indicando una direzione opposta di un atto fondamentale della pratica medica, la prescrizione.

L'obiettivo del *deprescribing* è chiaramente espresso nell'articolo: il medico prende in considerazione gli effetti avversi che si verificano in una popolazione anziana alla quale sono state prescritte terapie complesse non necessarie e/o dannose e, quando possibile, *deprescrive* cioè

riduce, sostituisce o cancella medicinali inappropriati. Che corrisponda a una necessità dei pazienti lo dimostra uno studio di Galazzi *et al.* pubblicato nel 2016 sull'*International Journal of Clinical Pharmacology*: il 98% dei pazienti italiani di età ≥ 65 anni, intervistati in modo specifico, avrebbe desiderato un intervento di *deprescribing* per la politerapia prescritta al momento della dimissione dall'ospedale.

L'interesse per l'argomento è aumentato negli ultimi anni: circa la metà degli *items* presenti su *Medline* si riferiscono a pubblicazioni del 2017 e l'applicazione del *deprescribing* è stata oggetto di studi nei pazienti con malattie cardiovascolari, con neoplasie in fase avanzata, con demenza senile, nei diabetici e nei nefropatici, per medicinali molto usati quali le statine, gli inibitori della pompa protonica e gli antipsicotici. Il ricorso al *deprescribing* è stato valutato anche in situazioni morbose nelle quali il trattamento è proseguito dopo la fase acuta della malattia con antibiotici o antiaritmici, come elaborazione di raccomandazioni e linee guida atte a evitare l'uso inappropriato di questi medicinali.

Tuttavia le obiezioni e gli interrogativi non mancano: in un'indagine pubblicata sull'*European Journal*

of *Hospital Pharmacology* nel 2015 oltre la metà dei giovani medici inglesi al primo anno di pratica clinica in ospedale dichiarava di non conoscere il termine *deprescribing* e riteneva che andrebbe consultato un medico esperto prima d'interrompere un trattamento. Dall'altra parte del globo i medici della Nuova Zelanda scrivono un articolo comparso su *Family Physicians* del 2017 dal titolo eloquente: "Is deprescribing swimming against the tide?"

Affermano testualmente che "mentre prescrivere è una opzione facile, deprescrivere richiede un consumo di tempo, comporta inerenti rischi per loro stessi e per i pazienti i quali si aspettano una pillola per ogni malattia e quest'aspettativa viene esacerbata dalla pubblicità sui medicinali".

Si tratta di obiezioni tutt'altro che trascurabili e il processo di *deprescribing* è impegnativo anche per lo specialista. Nelle malattie cardiovascolari i cardiologi devono tener conto degli effetti negativi che possono verificarsi con l'interruzione della terapia come la ricomparsa di angina in caso di sospensione dei medicinali antianginosi, di una situazione di scompenso se vengono ridotti diuretici o ACE inibitori, di un aumento della morbilità e mortalità se si sospende la terapia con statine dopo un infarto miocardico acuto oppure nei soggetti a elevato rischio cardiovascolare. Tuttavia nei pazienti con demenza senile avanzata la prescrizione di statine dovrebbe lasciare il posto a quella di farmaci sintomatici ed essere del tutto interrotta nelle fasi terminali della vita. Quest'ultima raccomandazione proviene anche da *Choosing Wisely*, una iniziativa che riunisce le associazioni mediche degli Stati Uniti per una pratica medica saggia. Vi sono alcune situazioni in cui viene lasciato al medico il *conundrum* clinico. La parola è d'incerta origine, ma può significare anche la difficile scelta se prescrivere o

meno statine a pazienti di età ≥ 80 anni non cardiopatici. In relazione a questa fascia di età vi sono scarsi dati su possibili effetti benefici per quanto riguarda la prevenzione primaria. Da tenere presente che la popolazione degli ottuagenari è in aumento, negli Stati Uniti raggiungerà i trenta milioni nel 2030.

Inoltre, come rilevato da Rossello *et al.* sul *Journal of American College* del 2015, si ha una scarsa conoscenza degli effetti dei farmaci, anche di comprovata efficacia, se somministrati anche dopo l'evento acuto e prolungati nell'età avanzata. Su trenta *trials* randomizzati che prendevano in considerazione quattro medicinali cardiovascolari comunemente prescritti dopo un infarto miocardico acuto – aspirina, statine, betabloccanti e aceinibitori – la durata del *follow-up* era minore di 2 anni in 15 su 30, in 6 variava da 2 a 4 anni e in 9 era di 5-6,7 anni. È interessante osservare come l'interesse per l'argomento sia stato sollecitato dall'esperienza personale di uno degli autori di questo studio che ha avuto un episodio di grave ipotensione durante l'attività fisica e un altro di blocco senoatriale con successiva sincope, verificatisi dopo una terapia con betabloccanti protratta per oltre quindici anni. È inoltre comparsa tosse dopo assunzione di ramipril per dieci anni e un sanguinamento gastrointestinale da aspirina assunta per venti anni.

Meritano di essere riportati alcuni studi osservazionali recenti con esiti positivi dell'applicazione del *deprescribing* in cardiologia. Sul *Journal of Hypertension* del 2017 Van der Wardt *et al.* hanno effettuato una revisione delle pubblicazioni riguardanti pazienti in terapia anti-ipertensiva che ha evidenziato come circa un quarto dei pazienti, in particolare i più anziani, rimanesse normoteso per due anni o più dopo l'interruzione della terapia. Gli autori hanno affermato la necessità dei controlli poiché nei rimanenti tre quarti era stato necessario ripren-

dere la terapia, ma precisando che deve essere sempre valutata l'opportunità di un tentativo di interruzione del trattamento. Su *Medicine BCM* del 2018 Luymes *et al.* hanno pubblicato i risultati di uno studio su soggetti non cardiopatici a basso rischio di malattie cardiovascolari che avevano interrotto volontariamente la terapia anti-ipertensiva e anti-dislipidemia assunta a scopo preventivo. Al termine di due anni vi era stata una minima differenza nell'aumento del rischio di malattia cardiovascolare, previsto a dieci anni, rispetto al gruppo di soggetti che l'avevano proseguita. Questi studiosi hanno sottolineato che una strategia generalizzata del *deprescribing* nella prevenzione delle malattie cardiovascolari non è raccomandata, ma può essere concordata in pazienti selezionati con un'intesa medico-paziente e controlli accurati dopo la sospensione dei medicinali.

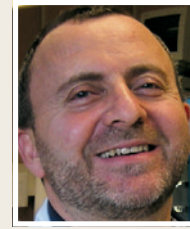
Sono indubbiamente necessari ulteriori studi per focalizzare la necessità del processo di *deprescribing* in cardiologia, ma la sua importanza non può essere ignorata per l'invecchiamento della popolazione e la complessità della terapia. L'articolo di Rossello *et al.* sopracitato si chiude con una raccomandazione nella quale il condizionale risuona come un "imperativo categorico": "Sia cardiologi che medici di famiglia dovrebbero prestare maggiore attenzione alle necessità di ciascun paziente quando la terapia viene prolungata per esempio esaminando attentamente se una politerapia prescritta nel lungo termine abbia realmente un effetto positivo". Naturalmente, oltre alle considerazioni derivate dalla conoscenza clinica, è da tener presente l'importanza di mantenere i rapporti medico-paziente e l'educazione sanitaria della popolazione, validi sostegni al medico di famiglia e allo specialista.

elisa.dolara@tin.it

Le leucocitosi e le 5 “Q”

Quis, Quando, Quantum, Quale, Quomodo
(Parte 2^a)

di Giuseppe Curciarello



GIUSEPPE CURCIARELLO
SOS Ematologia Clinica e Oncoematologia
USL Centro Firenze. Membro del Collegio
dei Sindaci della Società Italiana
di Immunoematologia e Medicina
Trasfusionale. Auditor/Consulente per la
Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza delle
Cure Regione Toscana.
Membro del Consiglio Direttivo AMES
(Associazione Medici Scandicci)

Continua la pubblicazione
del contributo dedicato
all'approccio metodologico
alle leucocitosi.

Parole chiave:
leucocitosi, leucemia, linfocitosi,
neurofilia, leucocitosi reattiva

Continuiamo dunque l'analisi delle leucocitosi soffermandoci sulle linfocitosi e sul titolo di questa disamina: *Leucocitosi e le 5 “Q”* (*Quis, Quando, Quantum, Quale, Quomodo*).

Vediamo perché chiedersi “Chi?”, “Quando?”, “Quanto?”, “Quale?” e “Come?”, e come porsi queste domande possa essere un buon esercizio nella costruzione di un algoritmo decisionale ogni volta che riscontriamo una leucocitosi.

Rivediamo allora alcune definizioni e distinzioni fra linfocitosi assoluta e relativa, espresse nella Tabella I.

Abbiamo già detto delle variazioni in rapporto all'età e nella Tabella II possiamo vedere le variazioni nella conta linfocitaria.

Ma perché possiamo avere una linfocitosi?

Essa può rappresentare una condi-

zione di risposta infiammatoria transitoria a condizioni mediche acute (anche traumi e arresto cardiaco) ma frequentemente la troviamo associata a infezioni virali o batteriche. Anche in caso di splenectomia, malattie autoimmuni e patologie croniche e in condizioni neoplastiche possiamo trovare una linfocitosi. La probabilità che la linfocitosi possa essere clonale, ovvero una malattia neoplastica, aumenta con l'età del paziente.

La più frequente patologia clonale è rappresentata dalla leucemia linfatica cronica B (LLC-B).

Nella Tabella III possiamo vedere le cause di linfocitosi reattive.

Ma quale approccio è corretto nei confronti di una linfocitosi?

Intanto dobbiamo ripetere l'emocromo a distanza di 10-15 giorni per confermare il dato e stabilire se

si tratta di una linfocitosi relativa o assoluta; valutare altre alterazioni dell'emocromo (Hb, piastrine ecc.); fare un'anamnesi accurata ed esame obiettivo del paziente (febbriola?, febbre?, faringite?, dimagrimento?, astenia?, epatosplenomegalia?, linfadenomegalie?, malessere generale?, sudorazioni notturne?, prurito?, rash cutaneo?).

Poi passeremo a ulteriori indagini che sono: lo striscio di sangue periferico, una tipizzazione linfocitaria di base (Tabella IV), VES, PCR, EBV, CMV ecc.

Lo striscio di sangue periferico può indirizzarci in modo chiaro verso, ad esempio, una forma di leucemia linfatica cronica per la presenza di piccoli linfociti, quadro monomorfo e

Linfocitosi

Definizione

La linfocitosi è un aumento del numero o della percentuale di linfociti nel sangue. I linfociti normalmente rappresentano il 20-40% dei leucociti, con un valore assoluto (ALC) compreso tra 900 e 3.500/mmc.

Assoluta

ALC > 4.000/mmc

Relativa

(inversione della formula)

Linfociti > 40% dei leucociti, ma ALC entro i range di normalità.

Questo si verifica solitamente quando il numero dei neutrofili è ridotto (neutropenia).

È una condizione fisiologica nel bambino.

Tabella I – Linfocitosi assoluta e relativa.

Età e conta linfocitaria												
Età	Leucociti totali		Neutrofili			Linfociti			Monociti		Eosinofili	
	Media	Range	Media	Range	%	Media	Range	%	Media	%	Media	%
Nascita	18,1	9,0-30,0	11,0	6,0-26,0	61	5,5	2,0-11,0	31	1,1	6	0,4	2
12 h	22,8	13,0-38,0	15,5	6,0-28,0	68	5,5	2,0-11,0	24	1,2	5	0,5	2
24 h	19,9	9,4-34,0	11,5	5,0-21,0	61	5,8	2,0-11,5	31	1,1	6	0,5	2
1 sett	12,2	5,0-21,0	5,5	1,5-10,0	45	5,0	2,0-17,0	41	1,1	9	0,5	4
2 sett	11,4	5,0-20,0	4,5	1,0-9,5	40	5,5	2,0-17,0	48	1,0	9	0,4	3
1 mese	10,8	5,0-19,5	3,8	1,0-9,0	35	6,0	2,5-16,5	56	0,7	7	0,3	3
6 mesi	11,9	6,0-17,5	3,8	1,0-8,5	32	7,3	4,0-13,5	61	0,6	5	0,3	3
1 anno	11,4	6,0-17,5	3,5	1,5-8,5	31	7,0	4,0-10,5	61	0,6	5	0,3	3
2 anni	10,6	6,0-17,0	3,5	1,5-8,5	33	6,3	3,0-9,5	59	0,5	5	0,3	3
4 anni	9,1	5,5-15,5	3,8	1,5-8,5	42	4,5	2,0-8,0	50	0,5	5	0,3	3
6 anni	8,5	5,0-14,5	4,3	1,5-8,0	51	3,5	1,5-7,0	42	0,4	5	0,2	3
8 anni	8,3	4,5-13,5	4,4	1,5-8,0	53	3,3	1,5-6,8	39	0,4	4	0,2	2
10 anni	8,1	4,5-13,5	4,4	1,8-8,0	54	3,1	1,5-6,5	38	0,4	4	0,2	2
16 anni	7,8	4,5-13,0	4,4	1,8-8,0	57	2,8	1,2-5,2	35	0,4	5	0,2	3
21 anni	7,4	4,5-11,0	4,4	1,8-7,7	59	2,5	1,0-4,0	34	0,3	4	0,2	3

Tabella II – Le variazioni legate all'età della conta linfocitaria.

Cause di linfocitosi reattiva
Infezioni virali (EBV, CMV, HSV, influenza, adenovirus, virus epatitici, coxsackie, HIV, dengue)
Infezioni batteriche (tubercolosi, sifilide, brucellosi, tifo, pertosse B)
Toxoplasma
Malaria
Babebiosi
Ipersensibilità ai farmaci
Malattie autoimmuni
Citochine
Vaccini
Fumo
Stress (da traumi, cardiaco, da esercizio fisico estremo)
Disordini endocrini (malattia di Addison, ipertiroidismo, ipopituitarismo)
Secondaria a malattie neoplastiche (Hodgkin, leucemia)

Tabella III – Cause di linfocitosi reattiva.

presenza delle cosiddette “ombre di Gumprecht”, che non sono altro che gli aspetti morfologici delle membrane dei linfociti neoplastici che si rompono in modo abnorme nel trauma durante l'esecuzione dello striscio (Tabella IV).

La presenza di alterazioni dell'immunofenotipo e la presenza di uno striscio con quadro monomorfo o ombre di Gumprecht devono spingerci all'invio a un Centro ema-

tologico per un approfondimento diagnostico e l'esecuzione di tipizzazione immunofenotipica mirata e altre indagini ematochimiche: elettroforesi delle proteine, immunofissazione sierica e/o urinaria, B2 microglobulinemia, LDH, sierologia virale (EBV, CMV, HIV, Toxo ecc.), test di Coombs, eco addome e Rx torace per valutare la presenza di adenomegalie profonde.

Una forma frequente, che richiede

solo un regime osservazionale, è la cosiddetta linfocitosi B monoclonale (MBL: *Monoclonal B-cell Lymphocytosis*) che ha caratteristiche distinte dalla più nota leucemia linfatica cronica e dal linfoma linfocitico (Tabella V).

In questa forma le cellule B clonali sono < 5.000/mmc in assenza di linfadenomegalie oppure organomegalie o sintomi collegabili alla leucemia linfatica cronica. L'incidenza, come per la leucemia linfatica cronica, aumenta in modo proporzionale all'età del soggetto (3-5% della popolazione di età > 50 anni). L'immunofenotipo è quello della leucemia linfatica cronica e il 5% dei pazienti con MBL evolvono in leucemia linfatica cronica. Si tratta di una condizione cronica, indolente, che necessita solo di un regime osservazionale. Se si vuole, potremmo assimilare la MBL a una MGUS (*Gammapatia Monoclonale di Incerto Significato*) con tutte le potenzialità evolutive verso il mieloma multiplo ma che necessita, nel suo stato di sola componente monoclonale, di un regime di osservazione del paziente con controlli periodici. La leucemia linfatica cronica in-

Tipizzazione di sangue periferico normale
T CD3 (linfociti T): 67-68%
T CD4 (linfociti T helper): 35-55% CD3+ CD4+
T CD8 (linfociti T citotossici): 20-38% CD3+, CD8+
B CD19 (linfociti B): 7-14% CD3-, CD20+, CD19+
NK CD56/CD16 (linfociti NK): 4-8% CD3-, CD16+, CD56+

Tabella IV – Tipizzazione linfocitaria.

Leucemia linfatica cronica (LLC) e varianti			
Marker	Linfocitosi B monoclonale (MBL)	Leucemia linfatica cronica (LLC)	Linfoma linfocitico (SLL)
Conta delle cellule B nel sangue periferico	< 5 x 10 ⁹ /L	≥ 5 x 10 ⁹ /L	< 5 x 10 ⁹ /L
Linfoadenomegalie e/o splenomegalia	No	Possibile	Sì

Tabella V – Varianti della leucemia linfatica cronica

vece è la forma più frequente di leucemia dei paesi occidentali (2-6 casi/100.000/anno) e colpisce più i maschi (rapporto M:F 1,5-2:1), l'età mediana è 70 anni ma è possibile osservarla anche fra 40-50 anni (incidenza 1/100.000 che passa a 20/100.000 fra i 70-80 anni).

Uno studio del 2014 (Youn K, et al. *Monoclonal B-cell lymphocytosis in healthy blood donors: an unexpectedly common finding*. Blood 2014) ha valutato la prevalenza di MBL tra i donatori sani. Lo studio, che ha utilizzato metodi altamente sensibili e specifici (citometria a flusso e analisi genomiche), ha evidenzia-

to una prevalenza del 7,1% in una coorte di 2.098 donatori arruolati nello studio, molto più elevata rispetto a quanto riportato in studi precedenti. Mentre inizialmente la presenza di cellule B monoclonali circolanti rilevabili in citometria a flusso era considerata diagnostica di neoplasia, successivamente è stato dimostrato che questa condizione di monoclonalità, sia nel sangue periferico che nei linfonodi, poteva essere presente nei soggetti sani. La progressione verso la leucemia linfatica cronica o meno dipende, oltre che dalla conta, anche da altri fattori quali i riarrangiamenti delle

catene pesanti delle Ig. La MBL è dunque una condizione effettivamente paragonabile alla MGUS con un rischio stratificato su base multifattoriale. Lo studio di Youn, attraverso indagini specifiche e sensibili di conta delle cellule clonali presenti nei donatori con MBL, pone degli interrogativi che dovranno essere ulteriormente indagati sul destino dei linfociti clonali nel ricevente, in particolare per i donatori con MBL e conte > 500/μL. Infatti i soggetti che presentano questa condizione evolvono, nell'1-2% dei casi per anno, verso la leucemia linfatica cronica. Saranno necessari ulteriori studi per definire quindi se sia opportuno uno *screening* mirato dei donatori per valutare la loro idoneità.

E ora ritorniamo al nostro titolo: *Le leucocitosi e le 5 "Q"*.

Alcune domande che dobbiamo porci possono essere memorizzate pensando alle 5 Q (dalle iniziali latine di: "Chi?" (*Quis*), "Quando?" (*Quando*), "Quanto?" (*Quantum*), "Quale?" (*Quale*), "Come?" (*Quomodo*)).

"Chi?" (*Quis*)

La prima cosa che ci chiederemo è infatti a "chi" appartiene l'esame che stiamo visionando e in "chi" valuteremo l'età, il sesso, l'etnia del soggetto. È un riscontro casuale? Un paziente con sintomatologia? L'età del soggetto è poi importante perché esistono *range* di normalità diversi nei bambini e negli adul-

Variazioni fisiologiche dei leucociti					
Età	Variazioni individuali	Sesso	Attività fisica/stress	Assunzione di farmaci	Agenti fisici
Nascita: valori elevati (12.000-26.000 μL) con brusca caduta dopo 24 h	Variazioni circadiane	Donna: variabilità di 1.000-2.000/μL con le fasi del ciclo mestruale:	Incrementi fino a 30.000/μL mmc dovuti a ipersecrezione di adrenalina	Cortisonici: stimolano la dismissione dei leucociti dal pool midollare	Radiazioni solari
Infanzia: lenta riduzione	Neutrofilie idiopatiche	pre-mestruo modica riduzione mestruo e post-mestruo innalzamento		Adrenalina	Radiazioni UV
10° anno di vita: si raggiungono i valori tipici dell'adulto	Neutrofilie familiari	Gravidanza		Anestetici	
Vecchiaia: riduzione		Parto			

Tabella VI – Variazioni fisiologiche dei leucociti.

	Uomini		Donne	
	Caucasici n = 100	Africani n = 65	Caucasici n = 100	Africani n = 50
Leucociti (x 10³/μL)	5,7 (3,6-9,2)	4,5 (2,8-7,2)	6,2 (3,5-10,8)	5,0 (3,2-7,8)
Neutrofili (x 10³/μL)	3,2 (1,7-6,1)	2,0 (0,9-4,2)	3,6 (1,7-7,5)	2,4 (1,3-4,2)
Linfociti (x 10³/μL)	1,7 (1,0-2,9)	1,8 (1,0-3,2)	1,8 (1,0-3,5)	2,0 (1,1-3,6)
Monociti (x 10³/μL)	0,34 (0,18-0,62)	0,29 (0,15-0,58)	0,30 (0,14-0,61)	0,28 (0,15-0,39)
Eosinofili (x 10³/μL)	0,12 (0,03-0,48)	0,12 (0,02-0,79)	0,13 (0,04-0,44)	0,10 (0,02-0,41)

Tabella VII – Variazioni fisiologiche della conta linfocitaria.

ti e così pure negli anziani. Normalmente i laboratori dovrebbero esprimere *range* diversi a seconda dell'anagrafica del soggetto in esame. Lo stesso vale per il sesso e valori qualche volta cangevoli possono essere riscontrati nelle donne in età fertile, in rapporto al ciclo mestruale (Tabella VI).

Ancora parametri diversi vanno considerati in funzione dell'etnia (Tabella VII) del soggetto. Gli africani possono avere, infatti, valori fisiologici di leucociti inferiori rispetto ai caucasici e così, nella formula leucocitaria, avere meno neutrofili (Tabella VII).

“Quando?” (Quando)

In questa domanda voglio inserire intanto il concetto di temporalità. Da quanto tempo è presente la leucocitosi? Da molti anni? Insorta di recente? Questo dato anamnestico e di valutazione di precedenti referti dell'esame emocromocitometrico ci può essere d'aiuto, in particolare, se associato al tipo di globuli bianchi (GB) aumentato di numero: linfociti? neutrofili? eosinofili?

Ecco configurarsi quindi algoritmi decisionali, in merito alle indagini da eseguire, a seconda proprio del tempo di insorgenza della leucocitosi. Una leucocitosi insorta di recente stimola a indagini su eventi patologici o fisiologici verificatisi nelle ultime settimane, mentre una leucocitosi datata può stimolare il clinico

a ricerche su patologie proliferative, clonali o abitudini di vita ecc.

“Quanto?” (Quantum)

La valutazione dell'entità numerica della leucocitosi è importantissima. È evidente, e accade non infrequentemente nella analisi degli esami di idoneità dei donatori di sangue, quindi di una popolazione sana, che una modica leucocitosi possa non avere alcuna importanza clinica e che addirittura possa essere anche un artefatto di laboratorio, seppur meno frequente con i moderni analizzatori. Al contrario, un aumento considerevole del numero dei globuli bianchi deve costituire un importante *trigger* per una valutazione veloce del soggetto in esame con la ripetizione dell'esame emocromocitometrico e/o l'esecuzione di indagini aggiuntive che possono fornire indicazioni per l'invio a un Centro di ematologia per indagini più specifiche, come l'esecuzione dell'immunofenotipo e/o la biopsia osteomidollare (BOM).

In altre parole 10.900 globuli bianchi possono essere normali come 9.000, mentre 15-18.000 vanno considerati come dato anomalo che deve essere immediatamente calato nel contesto delle altre domande che ci porremo.

“Quale?” (Quale)

Anche questa domanda è di primaria importanza.

Di che tipo di leucocitosi si tratta?

Quale elemento leucocitario è aumentato?

Sappiamo che una leucocitosi neutrofila è la più comune causa di *leucocitosi benigna*, in particolar modo nei pazienti ospedalizzati. Una linfocitosi può essere un importante *trigger*, a seconda dell'aspetto e della temporalità dell'insorgenza, di patologie acute come le infezioni virali. Ma una linfocitosi può sottendere una patologia linfoproliferativa clonale, come la non infrequente leucemia linfatica cronica (LLC) o la linfocitosi monoclonale *benigna* (MBL).

Una eosinofilia può essere il segno di una infestazione o di una allergia o di una patologia del connettivo, ma può anche essere spia di una patologia neoplastica ancora occulta (come il linfoma di Hodgkin o malattie linfoproliferative che coinvolgono i linfociti T). Lo stesso vale per una basofilia, estremamente rara, e tuttavia rintracciabile in malattie infiammatorie croniche ma anche nell'influenza e nella varicella-Zoster.

“Come?” (Quomodo)

Con questa domanda voglio esprimere l'importanza del contesto clinico. L'importanza della anamnesi e dell'esame obiettivo del paziente con leucocitosi.

Il rilievo della presenza di comorbidità (anamnesi) nel soggetto, ovvero malattie che di per sé possono esprimere una leucocitosi, è importante. Il soggetto ha avuto una patologia recente infettiva? È un soggetto ricoverato in ospedale? Ha avuto un recente danno ischemico? Un intervento chirurgico? Una emorragia? Si tratta, in questi casi, di situazioni che possono dar luogo alla leucocitosi più frequente, la leucocitosi neutrofila, cosiddetta *benigna*, transitoria.

Importanti sono anche le abitudini di vita. Sappiamo che il tabagismo può causare leucocitosi neutrofila, e così uno *stress* fisico importante. La leucocitosi neutrofila può essere conseguenza dell'uso di farmaci quali gli steroidi, l'adrenalina e il litio. Chiaramente l'uso di G-CSF in

terapia darà luogo, se non opportunamente utilizzato, a una leucocitosi neutrofila, anche imponente. Ricordiamo inoltre lo stato gravidico come causa di neutrofilia.

Evidentemente la storia clinica del soggetto dovrà poi darci suggerimenti su una delle cause più frequenti di leucocitosi neutrofila ovvero le infezioni, in corso o recenti, in particolare di natura batterica e febbrili, quali faringo-tonsilliti nel giovane, ma anche focolai broncopneumonici, che nell'anziano non sempre hanno manifestazioni febbrili importanti o sintomi imponenti.

Sempre ragionando sul "Come?", all'interno di questa domanda dobbiamo inserire l'indispensabile esame obiettivo del soggetto. Esso non va mai tralasciato ed è importante per valutare lo stato clinico dell'individuo: cute, edemi, epato e/o splenomegalia, linfo-adenomegalie

(quest'ultime importanti in particolare quando il quadro è di una monocitosi o linfocitosi relativa o assoluta con linfociti spesso descritti dal medico o dal biologo laboratorista con aspetti reattivi) ci ricordano la causa più frequente di linfo-monocitosi, che è l'infezione da *Epstein Barr virus*, ma anche da CMV e la toxoplasmosi. È importante l'auscultazione del torace, per rilevare un eventuale sospetto focolaio broncopneumonico, cioè versamenti pericardici, pleurici. Anche l'auscultazione del cuore, in apnea, può aiutarci per evidenziare sfregamenti pericardici, segni di una pericardite e/o endocardite, anch'essa possibile causa di leucocitosi (neutrofila o linfocitosi). In questi casi sarà di fondamentale importanza l'esecuzione di una visita cardiologica con ECG ed ecocardiogramma.

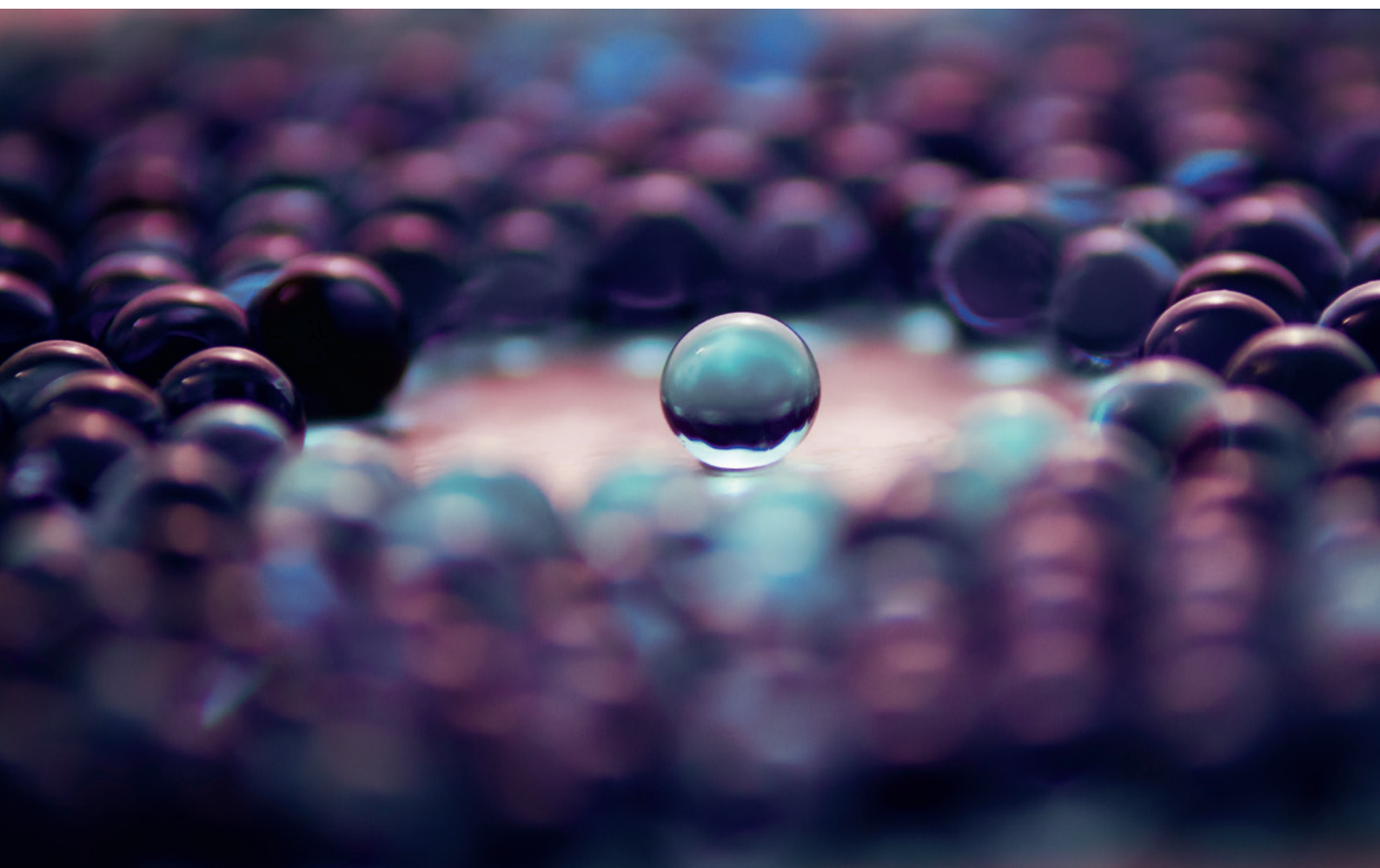
In ultima analisi dobbiamo considera-

re che i segnali di allarme che devono spingerci verso l'invio a un Centro di ematologia, in presenza di una leucocitosi, sono rappresentati da:

- presenza di elementi immaturi allo striscio di sangue periferico;
- entità numerica in valori assoluti della leucocitosi,
- concomitanza di alterazioni sui valori di Hb e piastrine,
- presenza di segni clinici come astenia, splenomegalia e/o linfo-adenomegalia, dimagrimento o sudorazione con o senza febbricola o febbre.

Nei casi più frequenti di leucocitosi neutrofila dovremo avere chiari i dati storici del soggetto, oltre alle abitudini di vita, agli eventuali episodi infettivo-flogistici recenti o cronici e all'uso di farmaci, in particolare steroidi.

giuseppe.curciarello@uslcentro.toscana.it





ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

E-mail e PEC:

protocollo@omceofi.it • segreteria.fi@pec.omceo.it
Toscana Medica: a.barresi@omceofi.it

Orario di apertura al pubblico

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

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

Rilascio certificati di iscrizione

Uffici: in orario di apertura al pubblico

Internet: sul sito dell'Ordine - Tel. 055 496 522

Tassa annuale di iscrizione

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

<http://italriscossioni.it> (POS virtuale fornito da Banca Monte dei Paschi di Siena)

Cambio di indirizzo

Comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza

Commissione Odontoiatri

Il lunedì pomeriggio su appuntamento

Consulenze e informazioni

Consultazione Albi professionali sito Internet dell'Ordine

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

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

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

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

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

AGGIORNATA LA TABELLA DEGLI STUPEFACENTI E SOSTANZE PSICOTROPE

Di fronte ai decessi registrati in Europa ed in relazione agli eventuali rischi connessi alla diffusione sui mercati internazionali di nuove sostanze psicoattive, il Ministero della Salute ha recentemente aggiornato la tabella I del Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Nella suddetta tabella sono state pertanto inserite le seguenti sostanze: 3-fenilpropanoilfentanil, 4-fluoroisobutirfentanil, benzodiosolfentanil, benzilfentanil, benzoilfentanil, carfentanil, ciclopentilfentanil, ciclopropilfentanil, metossiacetilfentanil, tetraidrofuranyl fentanil, tetrametilciclopropanfentanil, tiofenefentanil.

MEDICINA DI GENERE: LA PREOCCUPAZIONE DELL'OMS PER LA SALUTE DEI MASCHI

La salute della popolazione maschile ha costituito un argomento di discussione e dibattito nel corso della riunione del Comitato OMS Europa che si è tenuta recentemente a Roma. Non poche le preoccupazioni che sono emerse. Infatti, seppure gli uomini in Europa vivano complessivamente meglio e più a lungo che in passato, in molti casi muoiono per cause che potrebbero essere prevenute e meglio gestite: abitudine eccessiva al fumo e all'uso/abuso di sostanze alcoliche e droghe, maggior coinvolgimento in incidenti e in episodi di violenza, scarsa attenzione alle problematiche relative all'alimentazione, nonché notevole riluttanza a rivolgersi con continuità ai propri medici curanti. Tutto questo finisce per condizionare un'aspettativa di vita inferiore a quella delle donne. Il documento "Salute e benessere maschile nella regione europea OMS: migliore salute attraverso un approccio di genere" intende fornire ai Governi strumenti adeguati per pianificare al meglio interventi di prevenzione e presa in carico a livello di Sanità pubblica dei molteplici aspetti della salute dei soggetti di sesso maschile.

AUTOSUFFICIENZA: IN ITALIA CIRCA TRE MILIONI DI ANZIANI IN CERCA DI AIUTO E RISPOSTE

Il progressivo invecchiamento della popolazione, la cronicità ormai raggiunta in molti casi di malattia e la diminuzione delle risorse a disposizione creano enormi difficoltà anche ai circa tre milioni di anziani non autosufficienti presenti oggi in Italia. Secondo i dati riportati in un recente studio dell'Università Bocconi molte di queste persone non riescono a trovare nel settore pubblico e/o privato risposte soddisfacenti ai propri bisogni socio – assistenziali. Ecco pertanto aumentare enormemente il carico per i circa otto milioni di caregivers (per lo più autoorganizzati a livello familiare) insieme al numero di badanti più o meno regolari che nel nostro Paese si stima abbiano oggi raggiunto il milione di unità. La classe di popolazione rappresentata dagli ultra sessantacinquenni con gradi variabili di non autosufficienza viene infatti adeguatamente assistita soltanto nel 31% dei casi. Questo scenario presuppone pertanto un impegno concreto e certamente "pesante" da parte dei sistemi sanitari per affrontare quanto prima problematiche complesse che in futuro potrebbero comprometterne seriamente la sostenibilità.

ECM E RECUPERO DEBITO FORMATIVO 2014-2016

Nella riunione del 25 gennaio 2018 la Commissione Nazionale ha confermato la possibilità di "spostare" i crediti ECM acquisiti nel 2017 a recupero del debito formativo 2014-2016. Tale "spostamento" potrà essere fatto entro il 31 dicembre 2018, ma solo per i crediti conseguiti nel 2017. L'operazione di "spostamento" può essere effettuata autonomamente dal medico all'interno dell'area riservata del sito COGEPS.

GLI ITALIANI SONO COMPLESSIVAMENTE SODDISFATTI DEL PROPRIO STATO DI SALUTE

Lo dicono i tecnici di Eurostat che nel loro ultimo rapporto hanno tra l'altro preso in considerazione l'indicatore "Buona salute e benessere" che al suo interno ne comprende altri tre e precisamente la salute percepita, l'aspettativa di vita e le necessità mediche non soddisfatte. Nel 2016 il 70,9% degli italiani oltre i 16 anni di vita ha dichiarato di essere in buona o ottima salute, con un aumento notevole rispetto ai dati dell'anno precedente quando questa percentuale si era fermata al 65,8. Nella classifica europea il nostro Paese si posiziona al decimo posto con l'Irlanda al primo (82,8% dei cittadini che dichiarano di essere in buona/ottima salute) e Lituania all'ultimo con il 43,4%.

SALUTE RIPRODUTTIVA, TECNICHE ENDOSCOPICHE E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Master di I Livello organizzato dal Dipartimento di Scienze Biomediche, sperimentali e Cliniche "Mario Serio", Università degli Studi di Firenze. Il master offre un percorso formativo multidisciplinare dedicato alle figure professionali coinvolte nei percorsi riguardanti la Salute Riproduttiva: medici, biologi, personale ostetrico e infermieristico, psicologi, giuristi.

Coordinatore: Prof.ssa M. Elisabetta Coccia. **Responsabile Scientifico:** Dott.ssa Claudia Giachini.

Scadenza iscrizioni: 13/12/2018. **Posti disponibili:** 30. **Crediti formativi universitari (CFU):** 60. **Periodo lezioni:** gennaio 2019-ottobre 2019.

Sede lezioni: AOU Careggi, DAI Materno-Infantile, Firenze. Struttura Didattica e Contenuti.

Informazioni: www.masterpma.unifi.it - masterpma@sbsc.unifi.it

IL SITO TOSCANA MEDICA.ORG

Toscana Medica è anche **online**.

Ricordiamo ai colleghi che tutti i contenuti della rivista, in formato pdf scaricabile e sfogliabile dal dispositivo, sono disponibili sul sito <http://toscanamedica.org>, sul quale è inoltre possibile ricercare articoli pubblicati sui numeri precedenti navigando tra le categorie "Ambiente e salute", "Editoriale", "Frammenti di storia", "Lettere al Direttore", "Letti per voi", "Medicina legale", "Notiziario-Vita dell'Ordine", "Opinioni a confronto", "Politiche per l'equo accesso alla salute", "Qualità e professione", "Regione Toscana", "Ricerca e clinica", "Sanità nel mondo", "Internet e medicina", "Clima e salute". Il sito dispone dei contatori per il monitoraggio dei *click* degli utenti, che è in continua evoluzione. Sul numero di giugno abbiamo riportato gli articoli più letti dei primi 2 numeri del 2018 (Toscana Medica n. 6 pag. 27). In questo numero riportiamo i tre contributi più letti dei numeri di marzo (n. 3/2018) e di aprile (n. 4/2018) alla data del 19 ottobre 2018.

Toscana Medica n. 3 marzo 2018:

Titolo	Autori	Pag.	Numero di visite
Sindromi psichiatriche con espressione dermatologica	di A. Cossidente et al.	pag. 30	370
Ricordo di Aldo Pagni	di V. Pagni	pag. 34	354
Il fenomeno della violenza a danno degli operatori delle Aziende Sanitarie Toscane	di L. Amoroso et al.	pag. 21	287

Toscana Medica n. 4 aprile 2018:

Titolo	Autori	Pag.	Numero di visite
L'UOC Procreazione Medicalmente Assistita Santa Margherita di Cortona	di L. Mencaglia et al.	pag. 15	402
Il punto sugli emangiomi infantili	di A. Bassi et al.	pag. 19	274
Adolescenti a rischio: il gioco tra attrazione e inganno	di M. Varese et al.	pag. 8	227

QUOTA B, PERCHÉ È PASSATA ALL'8,25% PER CONVENZIONATI ED EXTRAMOENIA LA RISPOSTA DEL PRESIDENTE DI ENPAM

Perché l'aliquota ridotta di Quota B è passata dal 2% all'8,25% per gli iscritti ad altre gestioni previdenziali come i medici convenzionati e per chi fa attività in extramoenia?

Cari colleghi, come noto, con la riforma del 2012 abbiamo dovuto dimostrare dei requisiti di sostenibilità che ci sono stati imposti dalla legge e che erano notevolmente diversi rispetto alle regole di ingaggio date al momento della privatizzazione.

Raggiungere l'obiettivo ci ha richiesto aumenti sia dell'età pensionabile sia delle aliquote contributive in tutte le gestioni previdenziali. Per quanto riguarda la Quota B stiamo passando progressivamente dal 12,50% pre-riforma al 19,50% a regime (sui redditi 2020). Oggi siamo al 16,50%. La nostra autonomia, violata nella misura in cui la legge ha richiesto buchi nella cintura non necessari, ci ha consentito quantomeno di mantenere prelievi più contenuti rispetto alla Gestione separata dell'Inps, che già oggi impone ai liberi professionisti un'aliquota ordinaria del 25,72% (con tendenza a salire fino al 33,72%) e un'aliquota ridotta del 24%.

In casa ENPAM per quanto riguarda la differenza fra aliquota intera e ridotta, la situazione pre-riforma era la seguente: liberi professionisti puri = 12,5%; pensionati e iscritti ad altre gestioni = 2%. La forchetta di partenza era quindi di dieci punti percentuali tra l'aliquota minima e quella massima. Da subito una legge ci ha imposto di portare l'aliquota dei pensionati a metà dell'aliquota intera (cioè, a oggi, l'8,25%). La categoria, che trova espressione nel Comitato consultivo della Quota B, prendendo atto di questo e del fatto che il progressivo aumento dell'aliquota ordinaria stava allargando la forchetta tra minimo e massimo, ha ritenuto che, per evitare effetti distorsivi, anche la contribuzione ridotta degli iscritti alle altre gestioni dovesse corrispondere a metà dell'aliquota ordinaria, analogamente ai pensionati. Così facendo, a regime, la differenza fra l'aliquota intera e quella ridotta (19,50 e 9,75%) tornerà a essere di circa dieci punti percentuali, come prima della riforma. È il caso di sottolineare che passare dal 2% a metà dell'aliquota intera comporta anche un vantaggio in termini di adeguatezza della pensione, che salirà in proporzione a quanto versato e con parametri più vantaggiosi rispetto a quelli dell'Inps. Inoltre i contributi sono totalmente deducibili, quindi una parte consistente di quanto versato verrà recuperato dalle tasse.

Alberto Oliveti, Presidente Fondazione Enpam

NEL RAPPORTO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ LA SITUAZIONE DEL MORBILLO IN ITALIA

I dati epidemiologici dell'Istituto Superiore di Sanità riportano che in Italia dal 1 gennaio al 31 agosto 2018 sono stati riscontrati 2.248 casi di morbillo, il cui 88,5% si è verificato in Sicilia (1116 casi), Lazio (230), Calabria (172), Campania (164), Lombardia (148), Emilia Romagna (88) e Toscana (72). In Sicilia si sono anche verificati due decessi (soggetti adulti non vaccinati) che hanno portato a 10 le morti per morbillo dall'inizio del 2017 nel nostro Paese. L'età mediana dei pazienti è stata di 25 anni con 429 bambini di età inferiore ai 5 anni dei quali 138 al di sotto dei 12 mesi di vita. Al momento del contagio una percentuale significativa di soggetti (91,1%) risultava non vaccinata, mentre il 5,5% dichiarava di avere ricevuto una sola dose di vaccino. Almeno una complicanza si è manifestata nel 48,9% dei soggetti colpiti (stomatite, diarrea, cheratoconjuntivite, epatite, polmonite, laringotracheobronchite, insufficienza respiratoria) e il 59,4% della totalità della popolazione interessata ha avuto necessità del ricovero in ospedale. Dato da non trascurare: nel periodo preso in esame l'ISS ha registrato il contagio di 98 operatori sanitari con una percentuale di complicanze del 53,1% (52 casi). Dal 2013 i casi di morbillo segnalati in Italia sono stati complessivamente 12.740.

SANITÀ ITALIANA TRA LE MIGLIORI DEL MONDO (NONOSTANTE TUTTO!)

Lo dice la recente classifica Bloomberg Health Care Efficiency "costruita" sull'elaborazione dei dati provenienti da Banca Mondiale, OMS, Nazioni Unite e Fondo Monetario Internazionale che analizzano il rapporto tra costi e aspettativa di vita (dati 2015) in 56 Paesi. I primi 3 posti di questa particolare competizione sono occupati da Hong Kong, Singapore e Spagna con l'Italia al quarto posto in risalita di due posizioni rispetto alla precedente valutazione. Dietro di noi Corea del Sud, Israele, Giappone, Australia, Taiwan ed Emirati Arabi. All'undicesimo posto troviamo la Norvegia, seguita da Svizzera, Irlanda e Grecia. La Francia si ferma al sedicesimo posto, la Gran Bretagna precipita al trentacinquesimo in calo di 14 posizioni mentre al quarantacinquesimo si classifica la Germania. All'estremo opposto della lista si trovano Russia (53esimo posto), Azerbaijan, Stati Uniti e Bulgaria.

DAL MINISTERO DELLA SALUTE IL PRIMO STUDIO NAZIONALE SULLA FERTILITÀ

Lo studio, promosso dal Ministero della Salute e coordinato da Istituto Superiore di Sanità, Università "La Sapienza" di Roma, Ospedale Evangelico Internazionale di Genova e Università di Bologna, intendeva raccogliere dati a livello nazionale per programmare in maniera efficace interventi a sostegno della fertilità. Sono stati pertanto coinvolti sia operatori sanitari (pediatri di base, medici di medicina generale, ginecologi, urologi, andrologi, endocrinologi, ostetriche) che categorie di soggetti potenzialmente fertili (adolescenti, studenti universitari e giovani adulti). Alcuni risultati appaiono particolarmente interessanti. Gli adolescenti nella gran parte dei casi (89% i maschi e 84% le femmine) cercano in Rete informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva con problematiche significative legate alla conoscenza dei corretti stili di vita per la procreazione, le malattie sessualmente trasmesse e le metodiche per il loro contrasto, l'attività dei consultori e il ricorso ai medici specialisti. Il 35% dei maschi e il 28% delle femmine ha dichiarato di avere avuto rapporti sessuali completi con l'utilizzo di preservativo (99%) e pillola (96%) e solo il 10% degli adolescenti intervistati ha avuto modo di parlare in famiglia di sessualità, malattie sessualmente trasmesse e contraccezione. Fra pediatri di base e i medici di medicina generale si è riscontrata una partecipazione allo studio relativamente limitata e a fronte di un buon livello di conoscenze delle tematiche legate alla salute riproduttiva, sono emerse alcune esigenze formative legate, ad esempio, all'importanza delle vaccinazioni anche al fine di preservare la capacità procreativa, al rapporto tra disturbi del comportamento alimentare e fertilità, all'impiego preconcezionale dell'acido folico, alla vaccinazione contro il virus HPV, alla salvaguardia della fertilità nelle giovani donne che devono sottoporsi a chemioterapia.

Dalle interviste agli specialisti della salute riproduttiva sono emerse alcune considerazioni che consigliano un'attività formativa specifica: la reale importanza dell'età sia maschile che femminile quale componente di capitale importanza della capacità riproduttiva, la ancora insoddisfacente comunicazione ai soggetti maggiormente esposti delle problematiche legate alle malattie sessualmente trasmesse, la gestione della già citata profilassi preconcezionale con acido folico, la prescrizione di terapie non del tutto appropriate ai maschi infertili seppure in presenza di linea guida chiare e validate, l'appropriatezza della terapia chirurgica nei casi di infertilità femminile.

FONDAZIONE: "ISTITUTO DI RICERCA VIROLOGICA ORETTA BARTOLOMEI CORSI"



Questa Fondazione è stata costituita alla fine degli anni Ottanta per volontà dell'avvocato Edison Giudice in ricordo della moglie, la Prof.ssa Oretta Bartolomei Corsi, Virologa dell'Università di Firenze, e da allora, ogni anno, finanzia importanti progetti di ricerca in ambito virologico. Negli ultimi anni la Fondazione, sensibile anche a esigenze sanitarie e sociali sempre più pressanti, ha esteso la propria attività, affiancando alla ricerca virologica aspetti clinici di largo impatto sociale. Nel 2014 la Fondazione ha realizzato degli studi medici specialistici, situati in via della Fornace 29/31, dotati di attrezzature moderne ed efficienti che sono stati messi a disposizione per visite gratuite collegate anche alla virologia e dedicate alle

Associazioni che si occupano di marginalità e alle persone che sempre più spesso si trovano in difficoltà economiche e che pur avendo necessità di una visita specialistica sono costrette a rinunciarvi.

Oggi, dopo quattro anni di attività, il numero dei medici presenti negli studi è cresciuto, per alcune specialità vi sono anche tre medici, ciò che consente di poter offrire assistenza e visite specialistiche in: Neurologia, Ginecologia, Oculistica, Dermatologia, Cardiologia, Ortopedia, Reumatologia e Ecografie Osteoarticolari, Angiologia e Endocrinologia, Infettivologia, Scienza della Nutrizione, Geriatria, Omeopatia e Terapia del Dolore, Chirurgia dell'Apparato Digerente, Psicologia e Psicoterapia, Pedagogia, Osteopatia e Fisioterapia. Grazie alla sinergia creata con realtà fondamentali che operano sul territorio fiorentino quali: Caritas, Centro Niccolò Stenone, Comunità di Sant'Egidio, Associazione Angeli della Città, Associazione Nosotras, Rete di Solidarietà del Comune di Firenze, Quartiere 1, oggi sono molte le persone che beneficiano di visite gratuite. L'utilità sociale del progetto è testimoniata dalle lettere delle varie Associazioni che sono pubblicate sul sito www.fondazionebartolomeicorsi.it alla voce "Studi Medici".

Ricordiamo che accedere al servizio è molto semplice, basta che il paziente faccia inviare dal suo medico curante una email all'indirizzo info@fondazionebartolomeicorsi.it con la richiesta di visita e poi telefoni al numero 055.65.87.516 per fissare l'appuntamento.

COMPETENZE MEDICHE E PSICOLOGICHE IN AMBITO PERITALE: LA POSIZIONE DELL'ORDINE

Le professioni coinvolte nella materia del danno biologico di natura psichica devono collaborare in armonia.

La legge 56/1989, istitutiva dell'Ordine degli Psicologi, sancisce all'art.1 che "La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito."

Tale legge indica all'art.3 che "L'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato a una specifica formazione professionale, da acquisirsi, dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, mediante corsi di specializzazione almeno quadriennali che prevedano adeguata formazione e addestramento in psicoterapia.....omissis....."

In tale articolo si precisa che "agli psicoterapeuti non medici è vietato ogni intervento di competenza esclusiva della professione medica."

A circa 20 anni dalla promulgazione della legge 56/1989 il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi ha elaborato un parere sulla "Diagnosi Psicologica e Psicopatologica" tramite il Gruppo di Lavoro "Atti Tipici".

Secondo tale gruppo la diagnosi psicologica è un atto conoscitivo di raccolta e categorizzazione delle informazioni e un atto pragmatico di comunicazione tra i soggetti implicati a diverso titolo e livello nel fenomeno oggetto di osservazione.

La diagnosi medica è invece l'atto di identificazione di una patologia ovvero di una malattia ovvero l'insieme dei sintomi e segni di cui alcuni specifici detti patognomonic e altri più o meno generici, che caratterizzano il quadro clinico di una malattia.

Si pone pertanto nell'attività peritale la necessità di individuare la competenza e professionalità giusta in quanto non può essere erroneamente imposto allo psicologo di deviare dal proprio percorso formativo e di fare diagnosi medica di presenza o assenza di malattia come può capitare per esempio sul tema della capacità di stare in giudizio dove il centro del problema non è il disagio psicologico, ma l'essere affetto da una malattia che impedisca all'interessato di affrontare un giudizio.

In tal senso la valutazione ad esempio della capacità genitoriale dove spesso ricorre la necessità di rispondere per il consulente alla rivelabilità di una patologia psichiatrica costituisce un atto medico tipico dello specialista in psichiatria.

Pensando poi al danno biologico, come definito ad esempio dal Codice delle Assicurazioni Private, art. 139:

- "Per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della persona, suscettibile di accertamento medico-legale, che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito", l'inquadramento dello stato patologico e della sua evoluzione comportano diagnosi di malattia o di postumo permanente e di loro valutazione come compito medico e medico-legale rispetto alle quali l'intervento psicologico-psicodiagnostico costituisce una funzione di supporto e di conferma di quanto clinicamente diagnosticato, facilitando per il medico l'apprezzamento dei riflessi del danno sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato.

Concludendo medici e psicologi devono collaborare in armonia, lo psicologo collaborando col medico sul funzionamento della mente umana e il medico, usufruendo dell'apporto psicodiagnostico, per le conferme che lo stesso deve avere, se ritenute necessarie, rispetto alle sue valutazioni cliniche di diagnosi malattia e di danno biologico permanente, rimanendo di esclusiva competenza medica la valutazione tabellare, come da linea guida tabellare medico-legale o disposizione tabellare medico-legale di legge.





PROF. MANFREDO
FANFANI
RICERCHE CLINICHE

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