



ToscanaMedica

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



Le *Smart Drugs*: un problema per la salute pubblica

F. Petitti, M. Biagi, D. Giachetti

Le aziende sanitarie toscane e il mobbing

E. Reginato

Distributori automatici di alimenti e bevande nelle Scuole medie superiori di Pistoia

G. Bonaccorsi, L. Baggiani, R. Bartolini, A. Bassetti,
S. Mantero, F. Moretti, N. Olimpi, P. Picciolli, F. Santomauro,
M. Tognarelli, E. Tomassetto, S. Vezzosi, N. Comodo

La medicina dei viaggiatori

A. Tomasi, M.G. Santini, F. Mazzoli Marradi,
D. de Wet, G Loprieno

N° 7 LUGLIO/AGOSTO 2007



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sai. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

ToscanaMedica

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



Anno XXV n. 7/8 - Luglio/Agosto 2007
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
dipinto
di Rodolfo Margheri

Fondato da
Giovanni Turziani

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2007 € 2,73

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine dei Medici
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045
www.ordine-medici-fiorenze.it
e-mail: toscanamedica@ordine-medici-fiorenze.it

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

Pubblicità
Edizioni Tassinari
tel. 055 570323 fax 055 582789
e-mail: riccardo@edizionitassinari.it
http://www.edizionitassinari.it

Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

Gli articoli:

- non devono avere un taglio classicamente scientifico, ma essere il più possibile divulgativi;
- devono avere una lunghezza massima di 6.000 battute (2/3 cartelle) oltre l'iconografia;
- non devono contenere la bibliografia, ma solo l'indirizzo email a cui è possibile richiederla;
- devono riportare per esteso nome, cognome dell'autore, la qualifica e la provincia di provenienza;
- devono essere inviati via email all'indirizzo: toscanamedica@ordine-medici-fiorenze.it e riportare un numero telefonico ed un indirizzo postale di riferimento utile per la redazione;
- gli articoli vengono pubblicati in ordine di data di arrivo.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha il diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a: Edizioni Tassinari, viale dei Mille 90, 50131 Firenze.

SOMMARIO

Le copertine di Toscana Medica

- Rodolfo Margheri: libertà va cercando
F. Napoli pag. 4

Editoriale

- La società medicocentrica è finita
A. Panti » 5

Qualità e professione

- Il sistema "See and Treat"
G.F. Gensini e coll. » 6
- La prescrizione di antidepressivi nell'Alta Valdelsa
C. Lucii e coll. » 7
- Le Smart Drugs: un problema per la salute pubblica
F. Petitti e coll. » 9
- Le aziende sanitarie toscane e il mobbing
E. Reginato » 11
- I costi della terapia intensiva
G. Consales e coll. » 14
- La medicina dei viaggiatori
A. Tomasi e coll. » 17
- Distributori automatici di alimenti e bevande nelle Scuole medie superiori di Pistoia
G. Bonaccorsi e coll. » 20
- La consulenza telefonica in medicina generale
G. Carriero e coll. » 22
- Il fonendoscopio e l'ascoltazione del cuore
A. Dolara » 24
- Traumi stradali: la psicologia al servizio dei cittadini
A. Bacchereti e coll. » 26
- L'ospedale "Piero Palagi" (ex I.O.T. di Firenze)
S. Boccardo » 27
- Lotta al dolore e alla sofferenza
L. Lavacchi » 37

Regione Toscana

- Sorveglianza Nutrizionale » 29
- Stage di formazione in oncologia - Bando » 32
- News dal Consiglio sanitario regionale » 33

Medici e medicine

- Chirurgia plastica in Africa centrale e in Tibet
D. Gandini » 38

Ricordo

- di Alberto Fonnesu
S. Ruggieri, M. Olivotto, G. Mugnai » 40

Ricerca e clinica

- Emericania e triptani
E. Pavone e coll. » 41
- L'era dell'eccesso e della compulsione
S. Domenichetti » 42
- Incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche
A.P. Poli e coll. » 44
- Indagine di valutazione della appropriatezza delle richieste di ecografie mammarie
B. Brancato e coll. » 46
- L'utilizzo della tossina botulinica nelle lesioni ostetriche del plesso brachiale
S. Lori e coll. » 49

Saper fare saper essere

- Il testamento biologico
M. Immacolato » 53

Sanità nel mondo

- Le trasformazioni dei sistemi sanitari
G. Maciocco e coll. » 54

News sui tumori in Toscana

- Incidenza e mortalità del tumore della prostata
E. Crocetti e coll. » 56

Ambiente e salute

- Ancora amianto nel mondo...
M.G. Petronio e coll. » 57

Lettere al direttore

- A favore delle medicine non convenzionali
F. Ciabattini » 58

Libri ricevuti

» 58

Bachecca

» 59

Vita dell'Ordine a cura di Simone Pancani

» 60

Notiziario a cura di Bruno Rimoldi

» 60

Corsi e Seminari/Convegni e Congressi

» 61

Convenzioni commerciali

» 55



Rodolfo Margheri: libertà va cercando

FEDERICO NAPOLI

Antimonumentale e silenzioso, il mondo ritratto da Rodolfo Margheri traspare severità e fierezza: ritratti o esterni risultano così nella sua pittura paritetici, rappresentazioni di una ampiezza morale che rende l'autore unico nel panorama artistico fiorentino, specie del secondo dopoguerra.

Le forme spesso si schematizzano, mantenendo una pittura variegata nella pennellata e sintetica nella composizione finale; gli sfondi, qualunque sia il soggetto, si semplificano per accentrare l'attenzione del fruitore su quella parte della pittura che Margheri intende proporre come protagonista. Qua e là affiorano forme ed echi di autori diversi – Quinto Martini e Felice Casorati, ad esempio –, ma è l'intensità di vita che traspare dai ritratti (come anche da altri soggetti, quali i paesaggi) a rendere questa pittura estremamente personale.

È una pittura *colta, ma isolata* la sua, come già nota Wanda Lattes in occasione della mostra dedicatagli nel 1995 presso i locali di Villa Renatico Martini a Monsummano Terme: ma sono proprio queste peculiarità personali che rafforzano la comunicatività della sua pittura per quanto mai gridata né chiassosa, la tonalità degli stessi colori assecondando tale aspetto. Mondo ordinato, pacato, fatto di piccole sensazioni e mezze misure, quasi un aggrottare di ciglia per esprimere un sentimento; un mondo ove ogni cosa è al suo posto ed ogni posto contiene qualcosa: in tal modo Margheri si innesta in una tradizione culturale pittorica e letteraria fortemente presente in Toscana, tra la pittura di Viani e Rosai e la parola scritta di Pratolini e Tozzi; ma potremmo anche arretrare nel tempo, rintracciando in tanti soggetti della pittura di *macchia* elementi simili e quindi punti di riferimento.

Spesso le stesse inquadrature o gli atteggiamenti dei medesimi ritratti fanno trasparire assonanze con il mondo degli umili di Courbet e quindi di Daumier, come pure con quello di Fattori; certo non alieno neppure della conoscenza di un primo Picasso (il segno secco, certa geometricizzazione, i piani inclinati, il solido impianto generale), medita anche sulla scultura di Marino Marini, tanto da offrire

immagini che non di rado appaiono quasi con la plasticità della scultura e la profondità di un altorilievo. In tal senso sempre Wanda Lattes indica echi dal Rinascimento, avvalorando lo spessore dell'autore che dignitosamente vive nel mondo artistico con la sua riservatezza, i suoi calibrati affetti, la sua coerenza personale. Ecco delinearci la dimensione di una presenza umana e culturale, vissuta in un periodo ricco di fermenti di indirizzo diverso, quali la sete anteguerra del nuovo ed il paritetico ritorno all'ordine, la necessità di rinnovamento post bellica e il desiderio di ritrovare quanto prima una misura che possa ancora riproporsi come punto di equilibrio, a sua volta nuova partenza creativa. Morto a Firenze, sua città natale, alla fine degli Anni Sessanta, non assapora il periodo di trasformazione sopraggiunto impetuoso in quei tempi, ma forse lo precede con certe velate inquietudini che si intravedono in uno sguardo o in uno sfondo.

Che vi sia in lui una *sicurezza* (per altro, *incerta*) di fondo può rivelarsi anche dal prolungato amore per l'incisione, tecnica scarna nelle cromie, scevra da accattivanti passaggi, condizionante nella stesura del segno, *alchemica* nel procedimento creativo.

Aspetti che bene si adattano al carattere di Margheri che proprio negli ultimi anni di vita riesce a mediare forse i due volti del quotidiano che maggiormente gli stanno a cuore: da un lato l'insegnamento, la possibilità di trasferire agli altri una conoscenza (tecnica incisoria) che è anche palestra di vita, metodo, abitudine al controllo; dall'altro un raggiunto successo personale ottenuto mediante l'arte da lui praticata sin dalla fine degli anni Trenta con l'invito alla Biennale veneziana del 1966.

Da questa apparente dicotomia, una sfera più privata e personale, un'altra maggiormente pubblica e inserita nel sistema dell'arte, da una frequentazione anche di altre tecniche quali il disegno o la scultura, oppure la realizzazione di vetrate (nella chiesa di San Lucchese preso Poggibonsi, ad esempio) scaturisce una completezza di considerazione dell'uomo-pittore Margheri, *versatile per necessità, ma più ancora per insofferenza di limiti, per un bisogno di misurarsi con tutto* (Renzo Federici). **TM**



La società medicocentrica è finita

ANTONIO PANTI

Con questa frase si conclude la lettera di una giovane infermiera a proposito della polemica sollevata da Pirani su Repubblica. Al di là del tono impulsivo, questa conclusione è interessante perché riflette il pensiero (si chiama "declino della dominanza medica") dei sociologi che si occupano di professione. Si sostiene che a causa di molteplici fattori, ben conosciuti e studiati, l'epoca del dominio incontrastato dei medici è in fase di inarrestabile declino. Pirani, nel rilevare i benefici della maggior cultura e autonomia delle professioni sanitarie non mediche, osserva che questo fenomeno porta con sé alcuni pericoli; la perdita di punti di riferimento per il malato, l'affievolirsi della competenza decisionale dei medici, anarchia e anomia nel sistema sanitario che, al contrario, necessita di gerarchie funzionali e strutturali. Infine, nota Pirani, chi svolgerà quelle mansioni di assistenza, compresa la pulizia personale, fondamentali per rispetto umano e per il risultato della cura? Come nei "ragazzi della via Paal" avremo un esercito tutto di ufficiali? Ma anche di soldati semplici ha bisogno una buona assistenza.

Molto si è scritto sulla perdita di prestigio dei medici e sarebbe opportuno smettere di lamentarsi per tentare qualche reazione. I sociologi attribuiscono questa difficoltà epocale della medicina alla contemporanea presenza di quattro sfide: l'estremo specialismo che ha provocato una incrementale medicalizzazione della società, la sfida dei costi crescenti dei sistemi sanitari moderni, la transizione demografica col conseguente corteo di mutamenti della patologia, infine il ruolo attivo del cittadino, non più paziente ubbidiente ma esigente destinatario di un servizio. Tutto ciò aumenta la sconnessione tra sistemi sanitari e bisogno di tutela della salute, tra amministrazioni sempre più invasive e competenze dei medici, tra desideri dei pazienti ed etica della professione.

Nella seconda metà del secolo scorso il prestigio della professione era incontrastato; i medici gestivano in piena autonomia il proprio lavoro, controllavano completamente il mercato della sanità e occupavano un'elevata condizione sociale. I medici dominavano il corpus delle conoscenze scientifiche e tecniche della medicina ed erano perfettamente insediati nell'Università. Il lungo cammino della standardizzazione biologica delle conoscenze della medicina e del controllo del mercato dei servizi sanitari sembrava avviato per una strada priva di intoppi. Le sfide succitate hanno interrotto questo cammino e si accentua oggi lo iato tra i valori e i desideri della società e la capacità dei medici di comprenderli e dominarli.

Ai medici sta stretto che l'unica risposta all'inadeguatezza dell'esercizio individuale della professione, condannato dalla tecnologia e dalla storia, sia la creazio-

ne di quelle complesse imprese medico-burocratiche, percepite come oppressive della libertà professionale pur mostrandosi inevitabili. Ogni giorno il medico vive la difficoltà di coniugare la necessaria razionalizzazione della tecnica e l'obbligo scientifico di attenersi a dati certi con la richiesta di autonomia del paziente, le sue istanze di umanizzazione, la sua ansia di relazionalità. L'estensione della medicina moderna oltre i limiti e gli scopi definiti nella sua lunga storia provoca una crisi di sfiducia sempre più evidente. Infine tra equità e competizione nella sanità non si è ancora trovata la misura ed è la medicina che ne perde di credibilità.

Se questi sono gli aspetti teorici, nella pratica Pirani ha colto nel segno; da un lato gli infermieri acquistano maggiore autonomia e in Toscana si sperimenta l'affidamento totale di alcuni codici bianchi che l'infermiere seleziona e dimette, dall'altro chi pulirà i pazienti, si chiede Pirani?

I Colleghi degli infermieri (i medici non l'avrebbero fatto!) hanno acquistato un'intera pagina del Corriere della Sera per sostenere le loro ragioni: "l'infermiere è un professionista come il medico e ha un profilo professionale, un codice deontologico e un ordinamento didattico propri. Oggi è l'unico responsabile dell'assistenza infermieristica e non c'è medico che possa sindacarne le decisioni".

In realtà la responsabilità clinica del malato è tuttora esclusiva del medico. Ma non è questo il punto. Oggi si rifugge dalla gerarchia (almeno in Europa, non certo negli USA) ma, nelle organizzazioni sanitarie moderne, occorrono differenti professionalità capaci di interagire all'interno di un percorso assistenziale complesso e dalle molteplici responsabilità. L'accudimento fisico del paziente sarà affidato a un lavoratore di minor qualificazione (ma ugualmente capace di rapportarsi con chi soffre) mentre gli altri professionisti espletteranno tutte le incombenze necessarie al buon andamento della cura in un rapporto reciproco, funzionale e strutturale, che ha una sola linea gerarchica, quella dettata dalla competenza e dalla conoscenza. Insomma che vuol dire responsabilità medica e infermieristica? Ciascuno ha le sue competenze e relative responsabilità; finora però il paziente chiama in causa solo il medico. Il quadro è assimilabile alla costruzione di una casa, ove molti tecnici completano autonomamente i loro compiti, ma vi è un solo responsabile della costruzione sia dal punto di vista estetico che della solidità, l'ingegnere progettatore.

Il medico non vedrà diminuire il suo ruolo finché rimarrà depositario del sapere che consente la diagnosi e la prescrizione della terapia. La vera dominanza è culturale, dipende da ciò che solo i medici possono insegnare per sé e per gli altri. **TM**



Il sistema “See and Treat”

Metodologia ed applicabilità del modello

GIAN FRANCO GENSINI*^{o^}, MARTINA MINELLI*, ANDREA A. CONTI*^{o^}

* Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica, Università degli Studi di Firenze

^o Fondazione Don Carlo Gnocchi, IRCCS Firenze

[^] Centro Italiano per la Medicina Basata sulle Prove, Firenze

In data 30 gennaio 2007 si è svolta, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Firenze, una giornata di studio dal titolo “L'adattabilità del modello SEE AND TREAT ai Pronto Soccorsi (PS) della Regione Toscana”. L'evento, organizzato dal Consiglio Sanitario Regionale della Toscana, è stato aperto dal presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze, Antonio Panti, con il saluto di Claudia Monaci, presidente regionale del coordinamento collegi IPASVI.

I numerosi illustri relatori (Giancarlo Berni, Alessandro Rosselli, Cesare Francois, Aurelio Bonelli, Giovanni Becattini, Mauro Ucci, Gian Franco Gensini, Danilo Massai e Valtere Giovannini, che ha chiuso i lavori) hanno fatto brillantemente il punto sul “See and Treat”, affrontandolo da tutte le principali prospettive. Questo contributo sintetizza i principali elementi emersi dalla giornata di studio.

Il “See and Treat” è una iniziativa progettata per ridurre i tempi di attesa e ottenere un alto livello di soddisfazione dei pazienti che afferiscono ai dipartimenti di emergenza-urgenza.

Il problema della generazione di code nell'accesso alle cure sanitarie sia di elezione che di emergenza interessa da molto tempo i Pronto Soccorsi (PS). L'organizzazione tradizionale prevede una risposta pronta ed efficace nei confronti dei pazienti più gravi (designati come codici rossi e gialli dall'attuale triage), mentre l'utenza in codice verde, bianco e azzurro, la più rilevante dal punto di vista quantitativo, affolla le sale di aspetto avvertendo la sproporzione fra l'entità dell'attesa ed il tempo di trattamento. Il “See and Treat” viene proposto in diverse realtà come un metodo innovativo attraverso il quale, ottimizzando l'impiego del tempo dei professionisti inseriti nel sistema, si affiderebbe a personale infermieristico opportunamente formato e certificato la possibilità di gestire una quota di pazienti selezionati che si recano al Pronto Soccorso per problematiche minori, completando autonomamente il percorso assistenziale.

Il metodo in esame si basa, schematicamente, sui seguenti principi:

- i pazienti in arrivo al PS vengono visti, trattati, trattenuti o dimessi da un clinico;
- il clinico è in grado di prendere decisioni cliniche autonome nei riguardi dei trattamenti, delle indagini e delle dimissioni;
- i pazienti con patologie minori possono essere trattati in aree limitate;

- il triage delle patologie minori non è necessario quando è operativo il “See and Treat”.

Nella proposta di molti Autori, il nuovo modello di trattamento “See and Treat” è teso a raggiungere molteplici obiettivi, tra cui:

- assicurare tempi di risposta sanitaria più rapidi;
- razionalizzare l'appropriatezza dei trattamenti;
- migliorare la gestione del tempo dei professionisti sanitari;
- ottenere un alto livello di soddisfazione degli utenti;
- aumentare la soddisfazione del personale medico ed infermieristico.

In articoli recenti sono stati sottolineati i potenziali punti di forza del modello (vedasi in particolare: Saint Lamon S. *Emerg Med J* 2005; 22: 548-22), riassumibili nelle espressioni:

- *relative advantage* (“Vantaggio relativo” del “See and Treat” nei confronti del triage, sistema che non di rado incrementa la formazione di code, causando disagi);
- *compatibility* (il “See and Treat” potrebbe risultare compatibile con le necessità dei pazienti e dello staff, diminuendo i tempi di attesa al PS);
- *trialability* (possibilità di valutare in modo strutturato il modello “See and Treat” per un breve periodo con una fase di preplanning);
- *observability* (il “See and Treat” è particolarmente semplice da osservare, anche in termini di risultati prodotti, che appaiono infatti immediati);
- *complexity* (il modello è semplice da comunicare e da mettere in pratica).

In una prospettiva di Evidence Based Health Care, una valutazione globale del “See and Treat” è chiamata a considerare anche gli elementi del modello ancora migliorabili. In particolare, al momento attuale (2007), le evidenze della migliore ricerca clinica e organizzativa a supporto appaiono ancora frammentarie, in quanto spesso non derivanti direttamente da trial clinici controllati di confronto (col triage standard, ad esempio), anche alla luce della scarsità di studi di dimensione nazionale.

Inoltre, l'adozione del modello “See and Treat” necessita di una riorganizzazione dei dipartimenti di emergenza-urgenza che preveda la realizzazione di una struttura dedicata esclusivamente alle attività di

“See and Treat” e in grado di diversificare il flusso dei pazienti affetti da patologie maggiori da quelli con patologie minori, garantendo per entrambe le categorie il più efficace ed efficiente utilizzo delle risorse umane, strutturali e tecnologiche di cui dispone l'azienda ospedaliera (o ospedaliero-universitaria).

In proiezione, una volta verificata l'efficacia della presente organizzazione, potrebbe essere prospettata l'implementazione di un analogo dispositivo organizzativo all'interno degli ambulatori del medico di medicina generale.

Alla base dell'eventuale applicazione del modello “See and Treat” si pone comunque la necessità di garantire una adeguata formazione al personale infermieristico dei PS, che grazie ad una appropriata acquisizione di competenze, è chiamato, in caso di applicazione reale del modello “See and Treat”, ad assumere più autonomia e responsabilità.

Con specifico riferimento agli aspetti legali e normativi relativi alle competenze del personale infermieristico, il medico legale intervenuto durante la giornata di studio ha sottolineato con grande incisività la necessità di predisporre una adeguata disciplina normativa e nuovi modelli contrattuali cui ricondurre le funzioni legate all'approccio del “See and Treat”. Ad oggi, in effetti, sussiste un evidente vuoto normativo che la dottrina sta tentando di colmare attraverso l'acquisizione delle esperienze anglosassoni dove tale modello è stato adottato nei PS.

In particolare, alcuni operatori del diritto ritengono che gli infermieri di PS possano, comunque, svolgere le funzioni legate al metodo predetto, grazie semplicemente ad una lettura estensiva di alcune disposizioni normative già esistenti, quali, ad esempio, l'art. 1 della L. 251/2000, il quale recita: “gli operatori della professione sanitaria dell'area delle scien-

ze infermieristiche... svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive e dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici e utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza”. Secondo l'art. 10 del D.P.R. 27 marzo 1992 (atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, regolamentato dalla linee guida n. 1/1996, pubblicato in G.U. 17 maggio 1996, n. 114) “il personale infermieristico professionale nello svolgimento del servizio di emergenza può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali previste nei protocolli decisi dal medico responsabile del servizio”.

L'attenzione della comunità sanitaria internazionale nei confronti del “See and Treat” è elevata, e l'interessante modello è già stato implementato in diverse realtà anglosassoni. Con riferimento alla valutazione di appropriatezza e di fattibilità nello scenario italiano, il “See and Treat” richiede naturalmente una puntuale e completa definizione dei suoi aspetti scientifico-professionali, medico-legali, comunicativi e formativi. In relazione al panorama sanitario regionale, l'adattabilità del modello in Pronto Soccorso è stata oggetto di uno stimolante contributo di Luigi Tonelli e Cesare Francois, pubblicato sul numero 1 del 2007 di Toscana Medica (pp. 20-22).

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: aa.conti@dac.unifi.it

TM

La prescrizione di antidepressivi nell'Alta Valdelsa

CLAUDIO LUCII*, GENNARO RUSSO**

* Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Adulti USL 7 Zona Alta Valdelsa, Colle Val d'Elsa (SI)

** Responsabile Unità Funzionale Cure Primarie, Usl 7 Zona Alta Val d'Elsa, Poggibonsi (SI)

Introduzione

È un dato acquisito che la depressione sia un problema di salute mentale frequente con un'alta incidenza sulla vita delle persone e alti costi sociali diretti ed indiretti. Ci sono studi che confermano che prendendo in esame il disturbo depressivo maggiore, si riscontra in una percentuale variabile tra il 5 e il 13% dei pazienti curati nella medicina generale.

Il riconoscimento e l'intervento precoce sono fondamentali per il buon esito prognostico del disturbo. I medici di medicina generale sono un presidio fondamentale, nella diagnosi precoce, nei trattamenti specifici e nei fondamentali interventi di promozione della salute e di prevenzione primaria.

Metodo

Presentiamo uno studio retrospettivo che ha esaminato per 8 mesi, dal 1 gennaio al 31 agosto 2006, le prescrizioni di antidepressivi di 48 medici di medicina generale convenzionati con la Usl 7 Zona Alta Valdelsa (comuni di Poggibonsi, Colle Val d'Elsa, S. Gimignano, Casole e Radicondoli) allo scopo di valutare le linee di prescrizione farmacologica, come valutazione preliminare per un intervento di diagnosi precoce e di appropriatezza delle risposte. I dati sono stati forniti dall'Azienda Usl 7 di Siena al responsabile dell'Unità Funzionale Cure Primarie di Zona.

Nella Tabella 1 sono presentati i risultati.

Tabella 1 - Principi attivi, costi totali e unitari e medici prescrittori.

Principio attivo	n.ro confezioni	Costo totale	costo/confezione	Medici prescrittori
Venlafaxina	5259	100420	19,1	38
Paroxetina	5061	92940	18,4	40
Sertralina	936	10330	11,0	8
Escitalopram	515	16375	31,7	8
Citalopram	323	5065	15,7	6
Fluoxetina	187	2200	11,8	1
Duloxetina	97	5216	53,8	4
Fluvoxamina	18	363	20,2	1
Mirtazapina	4	95	23,7	1
Totali	12400	233004	18,8 medio	48 medici

Risultati

Sono stati prescritti 9 principi attivi. Nessuna prescrizione di antidepressivi triciclici o di altri farmaci come trazodone o mianserina. Tra i 48 prescrittori, ben 40 prescrivono paroxetina e 38 prescrivono Venlafaxina. 2 medici non hanno prescritto nessun antidepressivo negli 8 mesi esaminati.

Nel totale 8 medici su 48 hanno superato le 400 confezioni prescritte con un tetto massimo di 773 confezioni.

Discussione

La prescrizione è concentrata su due principi attivi, paroxetina e venlafaxina, che insieme hanno l'83,2% delle prescrizioni. Il motivo potrebbe essere dovuto al fatto che questi principi attivi sono entrati da molti anni nella pratica clinica delle cure primarie. Sono molti gli studi che dimostrano una sostanziale equivalenza di efficacia tra i farmaci definiti SSRI nel trattamento di disturbi diversi e come negli anziani, la venlafaxina non sia il farmaco di prima scelta.

Stupisce che non vi sia nessuna prescrizione dei farmaci antidepressivi triciclici che nonostante un tasso più elevato di effetti collaterali hanno tuttavia una notevole efficacia. Vi sono numerosi studi che dimostrano la maggiore efficacia clinica degli antidepressivi triciclici soprattutto nel disturbo depressivo maggiore.

Tuttavia dobbiamo considerare che la somministrazione di farmaci antidepressivi oggi è entrata nella pratica terapeutica di vari disturbi dell'umore e che il medico di medicina generale si trova spesso all'inizio ad essere il primo presidio terapeutico. È però rilevabile una certa tendenza all'automatismo prescrittivo di fronte a disturbi psicologici comuni, determinato dalle criticità del setting della medicina generale come è oggi.

Il medico di medicina generale svolge anche una serie di interventi diagnostici ma anche terapeutici importanti, come il counseling psicologico formale ed informale e spesso il sostegno a tutto il nucleo familiare.

È un dato acquisito che gli interventi di counseling nelle cure primarie hanno un effetto positivo a breve termine sui disturbi, con un positivo riscontro da parte dei pazienti. Il patrimonio antropologico e di conoscenze del medico di medicina generale è fondamentale per il buon esito delle cure in salute mentale.

Conclusioni

È indubbiamente da approfondire ulteriormente questa importante tematica, alla luce di una riorganizzazione in corso in Toscana delle Unità di Cure Primarie dove sarà indispensabile un rapporto diretto con i servizi di salute mentale, molto diverso da quello esistente finora. Gli interventi non potranno essere di pura consulenza o comunque di un "invio" ai servizi specialistici con relativa delega totale come accade troppo spesso attualmente. Sono necessarie altre buone pratiche a partire da un rapporto diverso di integrazione fattiva tra cure primarie e servizi specialistici di salute mentale.

Dobbiamo ricordarci, anche alla luce dei risultati presentati in questo lavoro che il medico di medicina generale è il principale protagonista, in termini di persone curate, degli interventi terapeutici in salute mentale, e che quindi è necessario accrescere con piani formativi integrati le capacità professionali di diagnosi precoce e di trattamento dei disturbi.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: c.lucii@usl7.toscana.it

TM

CERCASI MEDICI PER IL TIBET

A seguito dell'interesse da parte dell'Ipasvi e dell'Ordine dei Medici di Firenze relativamente all'apertura di un Forum sulla Cooperazione Sanitaria Internazionale, desideriamo informarvi che ASIA Onlus, ONG di solidarietà in Asia e in particolare nelle aree dell'Altopiano del Tibet, registrata presso la Regione Toscana, sarebbe interessata a stabilire un contatto con il Forum al fine di permettere una circolazione di informazioni e opportunità di volontariato o lavoro in progetti sanitari nelle aree di nostro intervento. Al momento stiamo ricercando esperti di salute pubblica e chirurghi per due progetti di formazione sanitaria in Tibet.

Qualora interessati ad avere maggiori informazioni, vi pregherei di mettervi in contatto direttamente con il sottoscritto.

ASIA Onlus - Ufficio Progetti, via San Martino della Battaglia 31 00185 Roma, Tel.: ++39 06 44340034 Fax: ++39 06 44702620 www.asia-onlus.org

Le Smart Drugs: un problema per la salute pubblica

FRANCESCO PETITTI¹, MARCO BIAGI², DANIELA GIACHETTI²

¹ Associazione Consumatori Utenti (ACU)

² Società Italiana di Fitoterapia

Lo scopo di questo articolo è, oltre a quello di informare su di un nuovo fenomeno con importanti implicazioni sociali, anche quello di suggerire degli spunti di riflessione in materia affinché ciascuno possa valutarne la rilevanza per i rispettivi ambiti di operatività.

Con il termine di *smart drugs* viene nominata una serie di prodotti di composizione in genere vegetale, ma anche di altra origine, che, venduti in particolari esercizi chiamati "smart shops" o via Internet, esercitano effetti non benevoli sul sistema nervoso pur non essendo per la quasi totalità inclusi nella lista delle sostanze stupefacenti (DPR 309/90). Si tratta in genere di bevande o pastiglie stimolanti, che tentano di simulare gli effetti dell'ecstasy.

Gli *smart shops*, termine anglosassone, che in italiano potrebbe tradursi più o meno con *negozi furbi*, costituiscono una moda, che, traendo le sue origini da altri paesi europei, in particolare dai Paesi Bassi, ma anche dalla Gran Bretagna e dalla Germania, da un po' di tempo a questa parte va diffondendosi anche nel nostro paese. Oltre che negli *smart shops*, le *smart drugs* vengono proposte e consumate anche in ambienti giovanili come le discoteche e i *rave parties*.

La pericolosità dell'uso di questi prodotti è resa in particolare evidente dal genere di droghe vegetali che entrano nelle loro composizioni, ottenute *in primis* da *Salvia divinorum* (pianta inserita dal 2004 nella Tabella 1 del DPR 309/90) oltre che da *Argyrea nervosa*, *Sida cordifolia*, *Ipomoea violacea*, *Rivea corimbosa*, *Citrus aurantium* e *Trichocereus pachanoi*.

Il commercio elettronico dei composti psicoattivi mediante Internet contiene elementi di ulteriore maggiore pericolosità, in quanto avviene in un ambito di elevata discrezione che rende difficili eventuali controlli da parte delle autorità. Infatti, la diversità delle legislazioni in materia vigenti negli stati membri della Unione Europea rende praticamente non individuabile chi spedisce *smart drugs* da un paese all'altro dietro pagamento on line con la carta di credito.

La pubblicizzazione delle *smart drugs* viene spesso accompagnata da avvertenze e raccomanda-

zioni che ne sconsigliano l'assunzione a chi faccia uso di psicofarmaci in genere o di altre sostanze stupefacenti e persino a chi sia affetto da patologie cardiache, tiroidee, prostatiche, diabete e ipertensione. Ciò significa che coloro che fanno commercio dei prodotti in questione sono consapevoli della loro pericolosità.

Oltre alle *smart drugs*, nei *negozi furbi* vengono poste in commercio anche altre sostanze, molto più comuni e normalmente reperibili in esercizi normali (ad esempio, le erboristerie e la farmacie) come quelle a base di caffeina, guaranà, echinacea, ginseng o *Ginkgo biloba* ed altre. A questo riguardo è utile osservare che i prezzi praticati per questi ultimi prodotti sono fino a quattro volte superiori a quelli praticati negli esercizi tradizionali. Una circostanza questa che sembra rendere ancor più evidente il carattere mondano delle attività degli *smart shops*.

L'interrogazione della banca dati elettronica di carattere biomedico PubMed rivela che, salvo un paio, le piante utilizzate nelle *smart drugs* hanno scarsa o nulla letteratura scientifica.

Citrus aurantium L. (Rutaceae), proveniente dal Sud-Est dell'Asia ma oggi coltivata in Europa (specialmente in Spagna e Italia), è la pianta più studiata sia chimicamente che farmacologicamente e clinicamente (3568 gli articoli scientifici che la riguardano ad aprile 2007). La polpa del frutto e soprattutto la buccia contengono un'ampia varietà di composti chimici biologicamente attivi, tra cui i simpaticomimetici (\pm)-*p*-sinefrina, (\pm)-*p*-octopamina e tiramina, che sono considerati i principali costituenti della pianta. Il composto più abbondante è la sinefrina, un agonista dei recettori α -1 e β -3 adrenergici. Questa amina biogena attiva il sistema nervoso centrale provocando la caratteristica risposta detta "combatti o fuggi (fight or flight)", cioè un conflitto interiore che oppone tra loro le opzioni se affrontare o al contrario sfuggire un pericolo. Perifericamente, la sinefrina produce diversi effetti anche sul metabolismo aumentandolo, stimolando la lipolisi (effetti dovuti all'agonismo esercitato sui recettori β -3) e, attraverso la stimolazione dei recettori α -1, provocando vasocostrizione e aumento della pressione sanguigna.



Frutti maturi di *Citrus aurantium* L.
(Rutaceae)

A causa della loro azione stimolante adrenergica, la sinefrina e le ammine consimili contenute in *Citrus aurantium* possono provocare importanti effetti avversi sul sistema cardiovascolare, talvolta fatali.



Salvia divinorum Epling et Játiva
(Lamiaceae)

Novantaquattro articoli, di cui circa una trentina relativi a studi sull'attività biologica, sono rinvenibili su *Ephedra sinica* Stapf. (Ephedraceae), nota anche come *Ma-huang*. Le parti aeree di questa pianta asiatica contengono stimolanti adrenergici come l'efedrina ed altri composti analoghi (pseudoefedrina, metilefedrina, metilpseudoefedrina, norefedrina, norpseudoefedrina), per cui i suoi effetti sull'organismo umano sono analoghi a quelli di *Citrus aurantium*.

È noto che il principio attivo contenuto nelle foglie di *Salvia divinorum* Epling et Játiva (Lamiaceae) è la salvinorina A, un composto terpenoide (forse l'unico) al quale la ricerca farmacologica ha riconosciuto un'attività allucinogena (stati confusionali, allucinazioni, attacchi di panico, estraniamento dalla realtà) dovuta all'antagonismo esercitato sui recettori κ degli oppiacei (49 articoli rinvenibili in PubMed, di cui una ventina di carattere farmacologico). Gli effetti di *Salvia divinorum* si manifestano 5-10 minuti dopo l'assunzione di quantità di droga essiccata titolata a 0,89-3,70 mg di salvinorina A per grammo; ma se vengono assunti 200-500 μ g di salvinorina A pura, la risposta compare dopo soli 30 secondi. La potenza degli effetti della pianta è dipendente dal tipo di pro-

dotto assunto ed è massima nel caso degli estratti e proporzionalmente minore nel caso della droga fumata e delle foglie poste sotto la lingua. Alla massima concentrazione di salvinorina A, l'effetto perdura per 40-50 minuti per poi diminuire gradatamente. Si tratta della pianta più pericolosa tra quelle vendute negli *smart shops*.

Su *Sida cordifolia* L. (Malvaceae), una pianta proveniente dall'India, è rinvenibile una dozzina di citazioni bibliografiche, 8 delle quali pertinenti, che informano sul contenuto di efedrina (0,8-1,2%) e di altri composti amfetaminici negli estratti delle radici, dei semi e del fusto. Le sue caratteristiche, analoghe a quelle di *Citrus aurantium* ed *Ephedra sinica*, vengono propagandate come il migliore *ecstasy* vegetale, perfetto per il *dance floor*.

Sulle altre piante vendute negli *smart shops* la letteratura è minima o nulla (da 6 articoli a 0). *Argyrea nervosa* Bojer (Convolvulaceae), *Ipomoea violacea* L. (Convolvulaceae), *Rivea corymbosa* (L.) Haller (Convolvulaceae) sono tuttavia note per contenere derivati dell'acido lisergico, come l'ergina e la lisergamide, che sono degli allucinogeni in grado di legarsi, come tutti gli alcaloidi dell'ergot con struttura chimica analoga, ai recettori D2 della dopamina; il loro consumo provoca effetti psicomimetici, quali alterazioni del pensiero, delle percezioni (allucinazioni) e dello stato di coscienza.

Infine, *Trichocereus pachanoi* Britton et Rose (Cactaceae), un cactus originario del Perù impiegato dagli Inca nei loro rituali per scopi magici, è stato trovato contenere fenilalchilammine che, legandosi anch'esse ai recettori della dopamina, esercitano un'azione allucinogena.

Da questa breve esposizione, il fenomeno delle *smart drugs* vendute negli *smart shops* risalta come un problema sociale di prima grandezza, che mette a rischio la salute soprattutto dei giovani. Dopo l'inserimento di *Salvia divinorum* nella lista delle sostanze stupefacenti, rendendone illegale il commercio, è importante che vengano esaminati anche gli effetti delle altre piante vendute negli stessi esercizi, proibendone, se del caso, la circolazione.

A questo proposito, assume una rilevante importanza il progetto di monitoraggio delle *smart drugs* avviato presso l'Istituto Superiore di Sanità con la collaborazione del Dipartimento Clinico-Sperimentale di Medicina e Farmacologia dell'Università di Messina, che ha lo scopo di mettere a punto metodi analitici adatti per individuare i composti chimici contenuti in questi prodotti con il fine, se poco noti e biologicamente scarsamente o non caratterizzati, di permetterne lo studio delle proprietà farmacologiche e in particolare degli effetti sul sistema nervoso in modo che possano convenientemente essere caratterizzati e inseriti tra le sostanze non liberamente commerciabili.

Le aziende sanitarie toscane e il mobbing

ENRICO REGINATO

Osservatorio Nazionale ANAAO per il mobbing e il demansionamento

Il contratto della sanità, recentemente firmato, seppur a tempo scaduto, prevede l'istituzione del Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing.

Le Aziende avevano tempo sessanta giorni dall'entrata in vigore del contratto, ma tale termine è stato ampiamente disatteso; solo poche Aziende sanitarie toscane hanno provveduto.

Eppure dovrebbe essere chiaro alle Aziende stesse che il fenomeno non rappresenta solo un danno per chi lo subisce.

Anche ammettendo che il destino professionale e lavorativo del singolo individuo possa essere indifferente ai fini delle strategie aziendali, da molti anni sono stati quantificati i costi economici per le Aziende dovuti al mobbing.

Costi che sono riferibili ai costi generali subiti dalle Aziende e dal contribuente:

Leymann, uno dei primi studiosi del fenomeno del mobbing, ne ha stimato il costo per l'organizzazione, nel 1990, approssimativamente da 30.000 a 100.000 dollari USA ogni anno per ogni individuo colpito.

Il "cattivo rapporto tra lavoratore e ambiente" fa perdere all'economia del Regno Unito, secondo uno studio eseguito nel 1998 dall'agenzia governativa Health and Safety Executive, circa 80 milioni di giornate lavorative e 2 miliardi di sterline all'anno.

In Germania il danno causato "dallo stress e dalla paura in ufficio" è valutato in 100 miliardi di marchi.

Un'indagine della CBI (Confederation of British Industry) del 2000 ha stimato che il costo globale delle sole assenze dal lavoro, nel 1999, era pari a 9,9 miliardi di Sterline, pari a 438 Sterline a impiegato (56 sterline al giorno per impiegato). Lo studio suggeriva che i disturbi da stress incidevano per circa il 30% delle assenze per malattia. Ma, la percentuale saliva al 40% se si teneva conto delle condizioni di lavoro prolungato, la mancanza di motivazione, i problemi personali e il basso livello d'impegno personale, raggiungendo quindi un costo di 4,2 miliardi di Sterline all'anno.

Se questi sono dati che interessano in generale, tutto il mondo del lavoro, un lavoro finlandese del 2000, ese-



guito su oltre 5000 dipendenti ospedalieri, ha mostrato che, coloro che sono sottoposti a fenomeni di mobbing avevano un'assenza per malattia superiore del 26% rispetto alla media. Secondo gli stessi ricercatori, inoltre, questi dati sono sottostimati, sono, in ogni modo, superiori ai dati percentuali medi dell'assenteismo da mobbing nei luoghi di lavoro.

Purtroppo non ci sono, attualmente, stime altrettanto dettagliate per la realtà italiana.

È difficile fare una stima dei costi legati al calo di produttività, tuttavia i costi aziendali di un'azienda che permette il mobbing sono molti, legati a:

- elevato turnover; non sono solo i mobbizzati che vengono licenziati o danno le dimissioni (mobbing strategico), ma anche una discreta percentuale di lavoratori che hanno assistito al caso di mobbing e che per paura non sono intervenuti a difesa della vittima; temendo di diventare a loro volta capri espiatori, cercano nuove opportunità di lavoro e una volta trovato un nuovo posto danno le dimissioni;
- assenteismo e congedi malattia;
- diminuzione del tempo di lavoro netto: i mobber passano la maggior parte dell'orario di lavoro a perseguire la vittima ed a pianificare come perseguitarla in futuro; secondo Casilli, il mobber perde il 15% del proprio tempo al lavoro in vessazioni;
- calo di produttività a lungo termine della vittima (quando non è malata);
- deficit produttivo (aumento degli scarti di lavorazione, maggior numero di errori);
- spese legali per cause civili e/o penali (a seconda della gravità del mobbing);
- danno d'immagine all'Azienda (il lavoratore che ha subito mobbing può informare la stampa del suo caso);
- costi per la liquidazione o la buonuscita, oppure per la messa in lista di mobilità (rara nei casi di mobbing);
- costi per rimpiazzare i mobbizzati.

Sul Sole 24 Ore Sanità n° 34 del 2005 è stato pubblicato un interessante articolo relativo ad uno studio scandinavo sul capitale aziendale, in cui si rileva come la quota di capitale intangibile, nelle aziende sanitarie, sia pari a circa l'85% (Figura 1).

Lo studio è stato applicato alla realtà dell'Azienda Sanitaria di Modena, laddove, a fronte di un capitale tangibile di 110 milioni di Euro, il capitale intangibile è stato calcolato essere di 566 milioni di Euro (Figura 2).

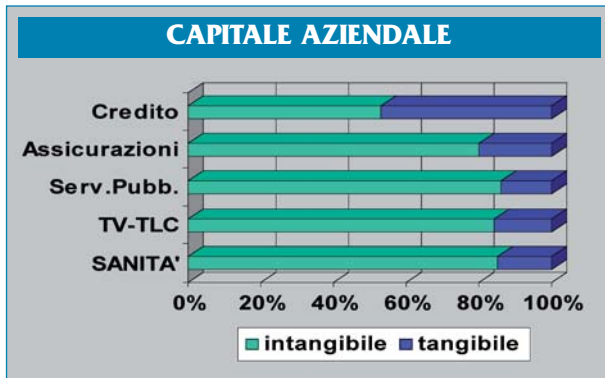


Figura 1

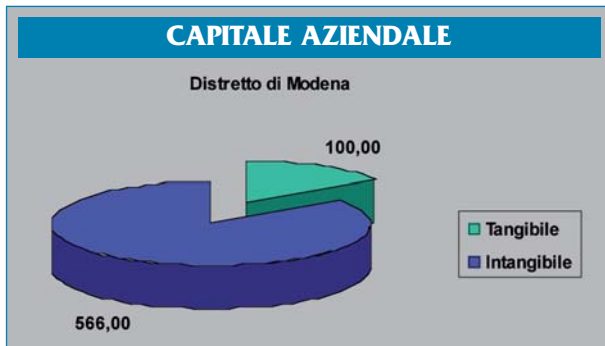


Figura 2

Il capitale intangibile è costituito dal capitale umano (Figura 3), dal capitale organizzativo (Figura 4), e dal capitale relazionale (Figura 5). Come si vede, un basso livello di questi aspetti provoca un vulnus al capitale aziendale da cui i vertici dovrebbero guardarsi attentamente.

È importante sottolineare che nel mondo lavorativo ospedaliero il mobbing, con le sue caratteristiche persecutorie e i danni biologici che ne derivano (non più del

20% dei mobbizzati sviluppa malattia da stress lavorativo) rappresenta un fenomeno, seppur diffuso, trascurabile se confrontato al più ampio fenomeno del demansionamento¹, ed anche, e soprattutto, di questo fenomeno si dovrebbe occupare il Comitato Paritetico, nell'interesse dell'Azienda e del Servizio.

Dinamiche interpersonali e ricerca di spazi di carriera, non disgiunte da regole e comportamenti arcaici dell'organizzazione del lavoro, favoriscono il fenomeno in modo tale da impedire un corretto sviluppo lavorativo, che danneggia, oltre che l'interessato, anche le Aziende nelle quali certi metodi sono attuati, nonché, nel caso di servizi di carattere sociale, sulla società stessa.

Lo svolgimento dell'attività lavorativa per cui si è stati assunti è garantito dai principi costituzionali, del codice civile e dai principi comunitari; la giurisprudenza corrente considera l'attività lavorativa come "incidente sul valore uomo in tutta la sua dimensione, che non si esaurisce nell'attitudine di produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali riguardante il soggetto nel suo ambiente di vita ed aventi rilevanza non solo economica ma anche sociale, culturale, biologica ed estetica" (Cass. Civile, Cassazione Sez. Lavoro 24 Gennaio 1990, n. 411).

Tutte le norme, quindi, sostengono la funzione sociale del lavoro, e la comunità ha interesse nella correttezza del suo svolgimento.

I ruoli all'interno delle strutture ospedaliere, nonostante le più recenti normative, come quelle del ruolo della dirigenza, evoluta verso un livello unico, continuano ad andare in una specie di deriva che mantiene, spesso, intatti i rapporti gerarchici di vecchio stampo.

C'è un atteggiamento molto conservatore, condiviso da amministratori, cittadini e molti dirigenti di strutture complesse, che identifica nel "primario" l'unico componente della struttura cui sia richiesto il "saper fare" necessario al funzionamento, e non è motivo di allarme il fatto che ai collaboratori, talvolta, non venga consentito un completo progresso nel loro "saper fare".



Figura 3

¹ La dequalificazione può verificarsi anche quando le nuove mansioni rientrano tra quelle previste per la qualifica del lavoratore, se non sono adeguate alla specifica competenza acquisita e non consentono la valorizzazione del patrimonio di esperienza professionale conseguito dal dipendente. Cassazione Sez. Lavoro n. 13396 del 1° dicembre 1999



Figura 4

Eppure, nell'ambito di un'aziendalizzazione del SSN, è piuttosto anomalo che attività strategiche per la struttura vengano fatte ruotare attorno ad un singolo professionista: un qualsiasi motivo che faccia venir meno la sua presenza produce una crisi nel processo sanitario, con inaccettabili battute d'arresto.

Tuttavia, questo possibile rallentamento, quando non addirittura interruzione, della catena produttiva,

non suscita la gran preoccupazione che avrebbe qualsiasi dirigente d'azienda normale.

In alcuni casi, non esiste neppure una consapevolezza, da parte dei soggetti dequalificati, della loro situazione; nella maggior parte dei casi non si riesce ad uscire da una situazione così rigida, e anche in questi casi l'attività del Comitato Paritetico potrebbe agire nell'interesse del singolo, dell'Azienda e del Servizio al cittadino.



Figura 5

È evidente come, in un campo di grande interesse sociale come quello della salute, un impedimento, a volte sistematico, allo svolgimento e alla progressione professionale degli addetti si ripercuota sulla qualità del servizio reso alla comunità.

E, dato che nel mondo sanitario la qualità significa, più che altrove, risparmio (appropriatezza della diagnosi, appropriatezza della terapia, abbattimento delle complicità), in un mondo sanitario che la Legge ha voluto di tipo "aziendale", il problema del costo dovrebbe stare molto a cuore alla direzione aziendale.

C'è molto fermento nel campo della prevenzione del rischio per chi si affida alle cure del SSN, sono previste figure e strutture, in ogni azienda che dovranno occuparsi di questo aspetto. La documentazione per l'ac-

creditamento delle strutture sanitarie toscane è stata adeguata in questa direzione.

Ma nulla di tutto ciò avrà l'utilità sperata se non si provvede a garantire un adeguato sviluppo professionale dei medici e del personale sanitario, dato che non basta un quadro organizzativo anche precisissimo, se poi la capacità professionale non è corrispondente.

È questo sviluppo della capacità professionale passa anche attraverso l'abbattimento del fenomeno del demansionamento, cui il Comitato Paritetico dovrebbe dare ampio contributo.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: enrico.reginato@libero.it **TM**

I costi della terapia intensiva

È possibile una reale analisi economica?

GUGLIELMO CONSALES¹, ANDREA MERCATELLI²,
ELISABETTA TORRIGIANI³, RAFFAELE DE GAUDIO⁴

¹ Dirigente Medico I livello - SOD Anestesia e Rianimazione 2 - DAI Medicina e Chirurgia Generale - A.O.U. Careggi Firenze

² Responsabile Servizi Sanitari - DAI Medicina e Chirurgia Generale - A.O.U. Careggi Firenze

³ Responsabile Servizi Amministrativi - DAI Medicina e Chirurgia Generale - A.O.U. Careggi Firenze

⁴ Direttore SOD Anestesia e Rianimazione 2 - DAI Medicina e Chirurgia Generale - A.O.U. Careggi Firenze

La cura intensiva dei pazienti critici comporta un enorme impatto finanziario per la società. I costi elevati delle terapie intensive conseguono alla necessità di personale altamente specializzato e all'impiego di apparecchiature, test diagnostici, procedure e farmaci sempre più costosi e questo provoca giustificate preoccupazioni per il loro crescente peso finanziario.

Le valutazioni economiche in terapia intensiva sono molto complesse e sono anche comprensibilmente limitate da considerazioni etiche, poiché la mancata attivazione di un intervento terapeutico può provocare la morte o il peggioramento della qualità della vita dei pazienti. Tuttavia gli sforzi dei clinici possono oggettivamente andare al di là delle possibilità del sistema sanitario, producendo effetti negativi per la salute considerata dal punto di vista della società nel suo complesso.

Le analisi economiche sono lo strumento fondamentale per consentire, anche nelle terapie intensive, di effettuare scelte di allocazione delle risorse più efficaci e finalizzate alla tutela della salute dei cittadini.

Si è soliti affermare che la terapia intensiva è un'area in cui è estremamente difficile intraprendere studi di analisi economica, in quanto la valutazione dei costi correlati alle attività terapeutiche è notevolmente complessa. Tuttavia, la necessità di contenere i costi mantenendo un elevato livello di cura a garanzia della salute dei cittadini, imporrà una sempre più approfondita conoscenza delle metodiche di valutazione degli aspetti economici della terapia intensiva che devono consentire di identificare, misurare, valutare e confrontare i costi e le conseguenze delle alternative terapeutiche, permettendo di raggiungere il miglior risultato possibile dall'impiego delle risorse utilizzate.

Devono essere considerati tutti i costi che si ritengono rilevanti e che si presume differiscano fra il trattamento in studio e gli standard terapeutici di confronto (Tabelle 1, 2). Esistono due approcci metodologici differenti per il calcolo dei costi: il metodo *top-down* e il metodo *bottom-up* (Tabella 3). Il primo – semplice, ma applicabile solo per valutazioni retrospettive – è utile per la rilevazione dei costi fissi.

Tabella 1 - La definizione dei costi

La Definizione dei Costi	
Oggetto o Centro di Costo	Unità di analisi in riferimento a cui si effettua la misurazione dei costi
Costi diretti	Spesa effettiva in denaro
Costi indiretti	Risorse impiegate (es. giornate di lavoro perse)
Costi tangibili	Esprimibili in termini monetari
Costi intangibili	Relativi al dolore ed alla sofferenza
Costo incrementale	Costo aggiuntivo conseguente al passaggio da una scelta terapeutica ad un'altra che esclude la precedente
Costo marginale	Costo di ogni giorno di degenza in terapia intensiva successivo al primo
Costo di opportunità	Costi relativi all'impossibilità di impiegare le risorse in un programma quando esse sono già state utilizzate per un altro.

Tabella 2 - Esempi di costi diretti, correlati e non – correlati al paziente.

COSTI DIRETTI	
Costi variabili Correlati al paziente	Costi fissi Non-correlati al paziente
Farmaci	Energia
Materiale di consumo	Riscaldamento
Attività medica dedicata	Attività Medica non dedicata
Attività infermieristica dedicata	Attività Infermieristica non dedicata
Laboratorio	Manutenzione delle strutture immobiliari
Radiologia	Servizi di lavanderia
	Servizi di trasporto

Il metodo bottom-up può essere utilizzato sia per analisi retrospettive che prospettive e consente di costruire profili di costo individualizzati per paziente e per patologie. Esso, di più difficile e costosa applicazione, è fondamentale per la rilevazione dei costi variabili.

Esistono 4 tipi di analisi economica, le cui caratteristiche fondamentali sono riassunte nelle Tabelle 4 e 5. L'analisi costo-efficacia è il tipo di analisi di più frequente impiego; essa consente di identificare due tipi di rapporto costo-efficacia:

- *rapporto costo-efficacia medio* calcolato dividendo i costi per i risultati: può essere usato per identificare le priorità e per allocare le risorse, purché si identifichi una soglia di spesa accettabile che in genere è costituita dal costo di terapie di dimostrata efficacia e convenienza economica (trattamento dell'ipertensione, dialisi).
- *rapporto costo-efficacia incrementale (ICER)*: confronta le alternative terapeutiche esprimendo la differenza dei costi diviso per la differenza degli effetti.

Tabella 3 - I metodi di calcolo dei costi

Metodo top-down	Calcola i costi sulla base di dati amministrativi e li suddivide ai vari dipartimenti e reparti in accordo a criteri predefiniti, (numero di posti letto, numero dei giorni di degenza). È un metodo semplice, ma applicabile solo per valutazioni retrospettive.
Metodo bottom-up	Registra i costi direttamente a livello dell'oggetto di costo considerando le attività effettivamente svolte e trasformandole in unità monetarie. Impiegando la tecnica dell' <i>activity based costing</i> i costi indiretti sono correlati alle attività di cura (<i>cost drivers</i>), cioè ad ogni azione che richieda l'impiego di risorse. Il metodo bottom-up può essere utilizzato sia per analisi retrospettive che prospettive e consente di costruire profili di costo individualizzati per paziente e per patologie; esso è però di più complessa e costosa applicazione.

Tabella 4 - Le analisi economiche.

Analisi di minimizzazione dei costi	Confronta i costi di due o più alternative di uguale efficacia al fine di identificare la meno costosa. Nella pratica clinica questa eguale efficacia si osserva raramente per cui i risultati delle analisi di minimizzazione sono spesso fuorvianti.
Analisi costo-beneficio	Misura costi e benefici in termini monetari. La valutazione dei benefici è però problematica in terapia intensiva per la difficoltà di monetizzare il valore della vita.
Analisi costo-efficacia	Considera i costi di una terapia misurandoli in unità monetarie e confrontandoli con i suoi effetti misurati in unità naturali (numero di vite salvate, anni di vita guadagnati).
Analisi costo-utilità	È un tipo particolare di analisi costo-efficacia nel quale gli effetti sono convertiti in <i>unità di utilità</i> che considerano, oltre al numero assoluto degli anni di vita guadagnati, anche la qualità della sopravvivenza. Tra queste unità, una delle più impiegate è il <i>QALY</i> (Quality Adjusted Life Year) che esprime il prodotto aritmetico dell'aspettativa di vita per la qualità degli anni rimanenti guadagnati grazie all'intervento terapeutico esaminato.

Tabella 5 - Caratteristiche principali dei differenti tipi di analisi economica.

Tipo di Studio	Numeratore: Costi	Denominatore: Effetti
Minimizzazione	Unità Monetarie	–
Costo - Beneficio	Unità Monetarie	Unità Monetarie
Costo - Efficacia	Unità Monetarie	Unità Naturali (es. n. vite salvate)
Costo - Utilità	Unità Monetarie	Unità di Utilità (es. QALY)

I risultati delle analisi costo-efficacia possono essere espressi graficamente utilizzando il *Cost Effectiveness Plane* (Figura 1). Sull'asse orizzontale sono rappresentate le differenze di efficacia, sull'asse verticale le differenze di costo. Per convenzione i quattro quadranti sono definiti secondo la terminologia dei punti cardinali: nord-est, nord-ovest, sud-est, sud-ovest. Un intervento terapeutico potrà essere indicato come un punto all'interno del diagramma. Gli interventi terapeutici più vantaggiosi (Trattamenti Dominanti) sono collocati nel quadrante sud-est in cui l'efficacia è massima e i costi minimi; anche la soglia di accettabilità può essere indicata nel diagramma come una linea la cui pendenza indica la quantità di risorse che si è disposti ad investire per unità di salute guadagnata.

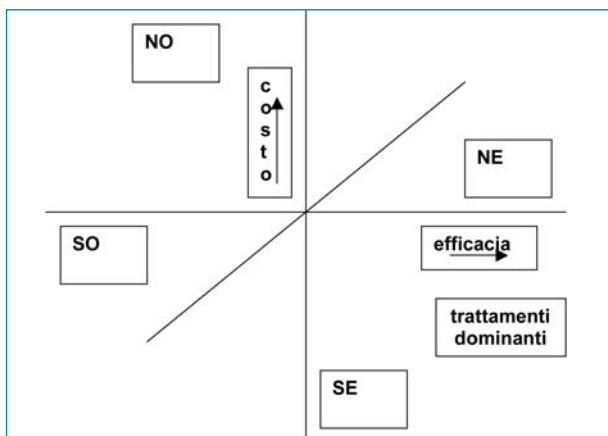


Figura 1 - Cost Effectiveness Plane.

Sull'asse orizzontale sono rappresentate le differenze di efficacia (esprimibili in QALY), sull'asse verticale le differenze di costo. Per convenzione i quattro quadranti sono definiti secondo la terminologia dei punti cardinali: nord-est, nord-ovest, sud-est, sud-ovest. Gli interventi terapeutici più vantaggiosi (Trattamenti Dominanti) sono collocati nel quadrante sud-est in cui l'efficacia è massima e i costi minimi. La soglia di accettabilità può essere indicata come una linea la cui pendenza indica la quantità di risorse che si è disposti ad investire per unità di salute guadagnata.

Deve essere sottolineato che anche un trattamento caratterizzato da un miglior rapporto costo efficacia rispetto agli standard usuali di cura può risultare inapplicabile se impone uno sforzo finanziario considerato al di sopra della soglia di accettabilità (*budget impact*): ciò è immediatamente evidenziato nel grafico (Figure 2, 3).

La realizzazione di corrette analisi economiche impone la considerazione di alcuni punti fondamentali (Tabella 6).

Costi ed effetti possono assumere un valore differente in relazione alla **prospettiva di analisi** (Tabella 7) dalla quale si effettua la valutazione e che può essere il paziente, la struttura sanitaria, il servizio sanitario nazionale, la società. Anche una terapia dominante può risultare non affrontabile in mancanza di adeguate disponibilità finanziarie, che naturalmente differiscono proprio in relazione alla prospettiva considerata. La prospettiva di analisi deve esse-

re stabilita preventivamente e deve essere esplicitamente precisata per consentire la corretta interpretazione dei dati forniti.

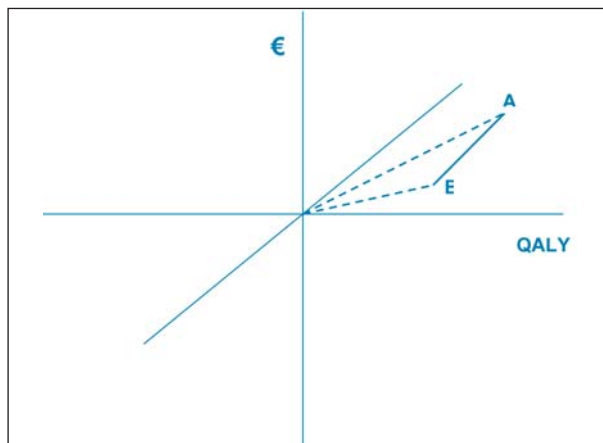


Figura 2 - Cost-Effectiveness Plane.

I punti A e B identificano costi ed outcome di due differenti interventi terapeutici. Le linee tratteggiate indicano il rapporto costo efficacia di A e B. La linea continua indica l'ICER tra A e B. Entrambi gli interventi risultano essere vantaggiosi, in quanto situati al di sotto della soglia di accettabilità.

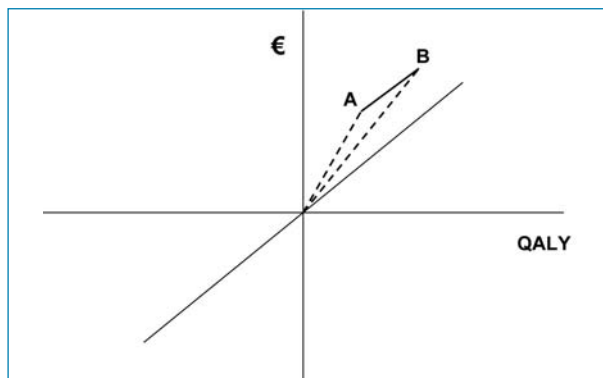


Figura 3 - Cost-Effectiveness Plane.

L'ICER (linea continua) di B rispetto ad A sembra favorevole. Tuttavia entrambi gli interventi sono collocati al di sopra della soglia di accettabilità.

Tabella 6 - Elementi metodologici per l'attuazione delle analisi economiche.

Aspetti Metodologici delle Analisi Economiche
Prospettiva di analisi
Definizione degli effetti (outcome)
Definizione dei costi
Definizione degli standard di cura (comparators)
Definizione del tempo di analisi e delle sue conseguenze finanziarie
Valutazione statistica

Tabella 7 - La prospettiva di analisi economica.

La Prospettiva di Analisi
Il paziente
La struttura sanitaria
Il Servizio Sanitario Nazionale
La società

Gli **effetti** di una nuova terapia valutati nelle condizioni di rigorosa precisione scientifica tipiche di un trial controllato e randomizzato dovrebbero essere definite *effetto massimo* o *efficacia terapeutica*. L'effetto ottenuto nella realtà clinica quotidiana, dovrebbe essere definito *efficienza terapeutica*. Deve inoltre essere sottolineato che in molti trial controllati si tiene conto della prognosi a breve termine (in genere a 28 giorni dall'ammissione in terapia intensiva o dalla dimissione da quest'ultima) senza riferimento ad alcun criterio di utilità a lungo termine.

La misurazione effettiva dei **costi**, quando realizzabile, è certamente da preferirsi, ma quando essa risulta impossibile è accettabile l'utilizzazione di dati stimati dall'analisi di studi precedenti o anche dall'opinione di esperti. Seppure questa metodica può essere discutibile (*educated guesswork*) essa non sembra influenzare significativamente i risultati finali delle analisi.

La terapia meno costosa tra quelle accettate come valide sulla base dei dati clinici e dell'evidenza scientifica (**standard di cura**) deve essere impiegata come confronto.

Nella valutazione dei costi di una nuova terapia e dei suoi effetti è necessario considerare le loro varia-

zioni nel tempo (**tempo di analisi**). È più facile calcolare le conseguenze finanziarie per i costi, ai quali si è soliti applicare un tasso di sconto del 3-5% all'anno, ma questo fattore di correzione andrebbe applicato anche agli effetti. È importante notare che l'applicazione del tasso di sconto riduce la rilevanza dei costi e degli effetti che si verificano a distanza dal ricovero.

È infine indispensabile una corretta **valutazione statistica** per determinare la significatività dei risultati ottenuti.

I risultati delle analisi economiche forniscono informazioni sugli effetti delle nuove terapie e sulle conseguenze economiche di un eventuale variazione degli standard di cura. Anche in terapia intensiva è necessario che i clinici le considerino come un ulteriore strumento di indagine a loro disposizione e non come una limitazione della loro autonomia decisionale.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: gconsales@gmail.com

TM

La medicina dei viaggiatori

ALBERTO TOMASI*, MARIA GRAZIA SANTINI**,
FRANCA MARRADI MAZZOLI***, DANIEL DE WET*, GREGORIO LOPRIENO*

* Asl 2, Lucca

** Asl 10, Firenze

*** Asl 3, Pistoia

Introduzione

Il mondo ha accorciato le distanze. Un gran numero di viaggiatori, lavoratori, volontari, militari, emigrati e rifugiati si spostano ogni giorno in lungo e in largo per tutto il globo. È stato stimato che nel 2004 ci sono stati 763 milioni di viaggi nel mondo, una cifra che probabilmente si raddoppierà entro il 2020 secondo l'Organizzazione mondiale del Turismo.

Anche gli italiani si spostano sempre di più. Ogni anno 18 milioni italiani si recano all'estero, il 10% di questi in paesi tropicali e subtropicali, mete che sono destinate ad aumentare di anno in anno.

Recenti indagini condotte nei maggiori aeroporti internazionali, che includono anche l'aeroporto di Malpensa a Milano, hanno messo in evidenza come un numero significativo di viaggiatori, diretti verso destinazioni a rischio, non ha stimato gli eventuali rischi sanitari e non ha richiesto alcuna consulenza sanitaria, né si è preoccupato di adottare opportune misure preventive prima e durante il viaggio. Il risultato è che la maggior parte dei viaggiatori che intraprendono viaggi con destinazioni tropicali e subtropicali non ha una protezione sanitaria adeguata.

Esperti in questo campo concordano sul fatto che

l'unico modo di prevenire la diffusione delle malattie collegate ai viaggi sia una migliore preparazione dei viaggiatori. Vari studi mostrano che gli ambulatori di medicina dei viaggiatori sono in grado di offrire un'adeguata preparazione e gli stessi viaggiatori ritengono le informazioni ricevute in questi centri come le più affidabili. In ogni AUSL del territorio nazionale, ma anche in alcuni porti ed aeroporti, sono presenti ambulatori per i viaggiatori internazionali che hanno corrette conoscenze delle zone a rischio, delle epidemie in corso e sono in grado di fornire informazioni utili sui comportamenti da adottare in relazione agli eventuali rischi per la salute, di consigliare e di effettuare le vaccinazioni e la profilassi farmacologica più indicata per la destinazione prescelta.

È perciò fondamentale che i viaggiatori raggiungano questi ambulatori. In Italia fino ad oggi solo il 10%-15% dei viaggiatori, che si recano a destinazioni a rischio, si presenta agli ambulatori di medicina dei viaggiatori.

Incoraggiare i viaggiatori ad andare ad un ambulatorio di medicina dei viaggiatori è un vero e proprio "gioco di squadra", che richiede la partecipazione di vari attori, tra cui: i medici e i pediatri di fami-

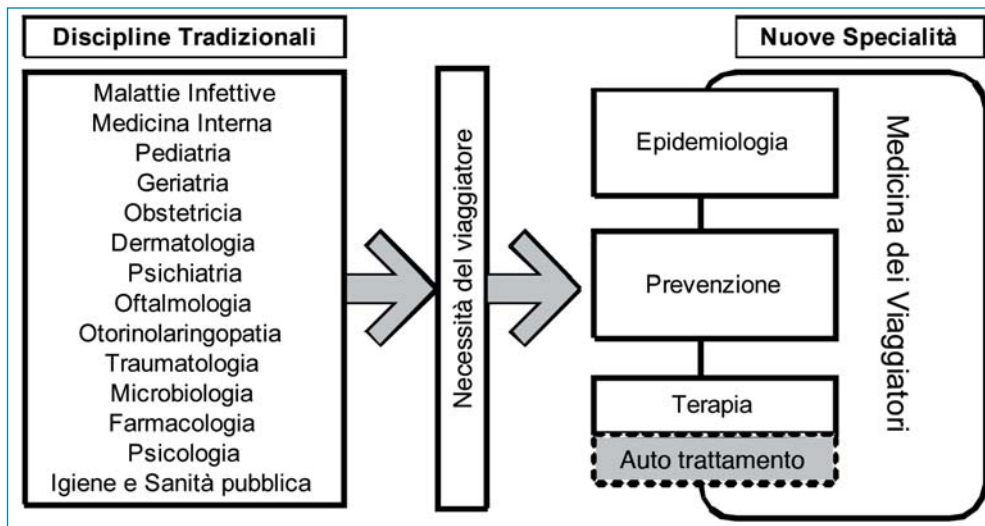


Figura 1 - La Medicina dei Viaggiatori come scienza interdisciplinare (da DuPont e Steffen 1999; modificato).

glia, i farmacisti e gli agenti di viaggio. Tutti, nella loro specificità, hanno il compito di incoraggiare i viaggiatori a presentarsi ad un ambulatorio di medicina dei viaggiatori prima di partire.

Il ruolo dei medici di medicina generale e Pediatri di Libera Scelta nella medicina dei viaggiatori

I medici e i pediatri di famiglia sono le figure che hanno un ruolo chiave nella preparazione dei viaggiatori internazionale, un ruolo che deve essere valorizzato e messo in evidenza sempre di più.



Nel "gioco di squadra", che deve realizzarsi, infatti possono contribuire a migliorare la qualità del servizio offerto in questo campo. Negli ultimi anni hanno mostrato un maggior interesse nel fornire informazioni ai viaggiatori prima della partenza. Le ricerche provano che la maggior parte dei viaggiatori preferisce ricevere consigli per la salute dal proprio medico e ripone maggior fiducia nelle sue raccomandazioni. Le indicazioni del medico di famiglia a recarsi presso gli ambulatori di medicina dei viaggiatori sono tra i fattori che incidono maggiormente nella decisione dei viaggiatori a richiedere una consulenza specialistica. Una collaborazione è dunque fondamentale per far sì che i viaggiatori siano più

preparati nell'intraprendere viaggi verso destinazioni a rischio.

Momentaneamente in Italia vari fattori non favoriscono una adeguata valorizzazione del loro ruolo nel campo di medicina dei viaggiatori. Sicuramente non esiste una formazione adeguata e strutturata in questo campo, dovuto in parte alla mancanza di una politica nazionale, ma anche regionale in questo settore.

STIMA DEI RISCHI PRIMA DEL VIAGGIO

- Itinerario dettagliato
 - Paesi e regioni
 - Aree urbane, rurali o/e giungla
 - Motivo del viaggio
 - Modo di viaggiare
 - Tipo di alloggio
 - La durata del soggiorno e del viaggio
- Considerare
 - Attività particolari
 - Esigenze particolari
 - Rischi particolari
 - Viaggio precedente
 - Servizi medico-sanitari disponibili
- Storia medica dettagliata
- Cure in corso
- Storia personale delle vaccinazioni
- Immunizzazioni e profilassi malariche appropriate

La medicina dei viaggiatori è una branca nuova nella medicina e sta diventando sempre più specialistica. La mancanza di corsi universitari e corsi di formazione continua (ECM) nella materia, insieme a fonti di informazione di scarsa qualità, comporta spesso una non adeguata preparazione dei medici di famiglia. Inoltre per la specificità della materia chi si occupa di questi temi deve essere molto aggiornato sulle varie epidemie e sui focolai che si attivano nel

I MAGGIORI PROBLEMI SANITARI COLLEGATI AI VIAGGI

- Diarrea dei viaggiatori
- Malaria
- Infezioni dell'apparato respiratorio
- Epatite A e B
- Infezioni dermatologiche
- Malattie trasmissibili sessualmente

mondo e spesso non c'è né il tempo né le risorse per tenersi adeguatamente aggiornati. Tale situazione comporta che in Italia, così come in altri paesi europei, la maggior parte di loro non riesce a stimare ade-

guatamente i rischi legati ai viaggi, né a comunicarli efficacemente ai viaggiatori, né infine a educare quest'ultimi attraverso interventi mirati a salvaguardare e promuovere la salute nei viaggi.

Siti e indirizzi utili

RISORSE DISPONIBILI SU INTERNET	
www.who.org	World Health Organization - Ginevra
www.cdc.gov/travel/	Centre for Disease Control and Prevention - U.S.A
www.hc-sc.gc.ca/english/index.htm	Laboratory Centre for Disease Control
www.istm.org	International Society for Travel Medicine
www.tropnet.net	Trop Net Europe
www.salute.it	Ministero Italiano della Salute
www.simvoin.it	Società Italiana di Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni

Ambulatori per i viaggiatori

ASL 1	Massa	Via Democrazia n. 44 - Tel. 0585.493932
ASL 2	Ospedale Campo di Marte Bagni di Lucca Castelnuovo Garfagnana	Palazzina D - Tel. CUP 0583.97000 / 0583.449833/1 Poliambulatorio "Susie Clarke" Via Letizia 45 - Tel. 0583.729472/66 Ambulatorio del presidio ospedaliero di Castelnuovo (Ex Seminario) - Tel. 0583.669627
ASL 3	Zona Pistoia: Zona Valdinievole	Via G. Matteotti n. 19 - Tel. 0573.352610 - 0573.352754 Via XXIV Maggio n. 8 - Ponte Buggianese - Tel. 0572.460738 / 0572.460772 Via C. Battisti n. 31 C/o Poliambulatorio P.O. Pescia - Tel. 0572.460738 / 0572.460772 / 0572.460306
ASL 4	Prato	Via Tiepolo n. 34 - Tel. 0574.435341 o 435310
ASL 5	Pisa Val d'era Alta Val di Cecina	Largo Gerace n. 14 - Tel. 050.954444 Via Roma n. 180 - Pontedera - Tel. 0587.273360 Borgo San Lazzaro - Volterra - Tel. 0588.91813
ASL 6	Livorno Cecina Piombino Isola d'Elba	Borgo S. Jacopo - Tel. 0586.23577 Via Savonarola n. 82 - Tel. 0586.614451 Via dei Meaestri - Tel. 0565.67534 Loc. San Rocco, Portoferraio - Tel. 0565.926809
ASL 7	Siena Poggibonsi Torrita Abbadia S. Salvatore	Strada del Ruffolo - Tel. 0577.994017/25 Via della Costituzione n. 30 - Tel. 0577.99401/25 Via dei Maestri - Tel. 0577.689461 Piazzale Michelangelo - Tel. 0577.776480
ASL 8	Montecatini (Arezzo) Arezzo	Ospedale del Valdarno "S. Maria alla Gruccia" - Tel. 055.9106353 Ospedale "San Donato" Via Nenni n. 20 - Tel. 0575.255967
ASL 9	Follonica Orbetello Arcidosso Grosseto	Viale Europa n. 1 - Tel. 0566.59530 Via Donatori del Sangue n. 2 - Tel. 0564.869410-463 Via degli Olmi - Tel. 0564.966458 Via Ciambue n. 109 - Tel. 0564.485615
ASL 10	Firenze	Borgo Ognissanti n. 20 - Tel. 055.2285504
ASL 11	Zona Empolese Zona Valdarno	Via dei Cappuccini; Empoli - Tel. 0571.704824/25 Piazza Costituzione n. 1 - San Romano - Montopoli Valdarno - Tel. 0571.704788
ASL 12	Viareggio	Via Fratti n. 530 - Tel. 0584.6059302/3
USMAF Pisa	Pisa	Aeroporto di Pisa "Galileo Galilei" - Tel. 050.43076
USMAF Livorno	Livorno	Via Strozzi 1 - Tel. 0586.894000

Conclusioni

Una preparazione adeguata per i viaggiatori internazionali richiede soprattutto una stretta sinergia tra i medici e i pediatri di famiglia e gli operatori degli ambulatori di medicina dei viaggiatori. In una materia specializzata come la medicina dei viaggiatori, che non richiede soltanto interventi di diagnostica e farmacologia, ma anche di promozione della salute e di comunicazione efficace dei rischi, si deve intervenire a più livelli affinché i viaggiatori adottino comportamenti corretti. Tutte le figure professionali coinvolte sono chiamate quindi a dare informazioni condivise e standardizzate affinché i viaggiatori recepiscano indicazioni per la messa in atto di comportamenti adeguati.

I medici e i pediatri di famiglia con un'adeguata formazione nel campo di medicina dei viaggiatori possono fornire un primo "counselling" al viaggiatore e farsi cura di inviarlo all'ambulatorio di medicina dei viaggiatori magari accompagnato dalle informa-

zioni circa la storia sanitaria del singolo paziente. In questo modo i messaggi che mirano a modificare o ad indurre i comportamenti che salvaguardano la salute dei viaggiatori si trasformano in una vera educazione sanitaria per la promozione della salute.

Gli ambulatori regionali di medicina dei viaggiatori devono essere considerati un valido sostegno per i medici di famiglia. Corsi di formazione continua sono una delle priorità a cui intende rispondere il progetto regionale della medicina dei viaggiatori.

Coloro che hanno interesse ad intraprendere un percorso di formazione in questo campo, possono contattare l'Asl 2 di Lucca al numero di telefono 0583 449290 o inviare una e-mail all'indirizzo medicina.viaggi@usl2.toscana.it.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: medicina.viaggi@usl2.toscana.it

TM

Distributori automatici di alimenti e bevande nelle Scuole medie superiori di Pistoia

G. BONACCORSI*, L. BAGGIANI^o, R. BARTOLINI^o, A. BASSETTI^o, S. MANTERO^o, F. MORETTI**, N. OLIMPI^o, P. PICCIOLLI**, F. SANTOMAURO*, M. TOGNARELLI**, E. TOMASSETTO**, S. VEZZOSI**, N. COMODO*

* Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Firenze

** U.U. FF. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione - Azienda Usl 3 Pistoia

^o Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

Pubblichiamo questo articolo che denuncia un fatto gravissimo: lo Stato impegna ingenti risorse per la lotta all'obesità mentre si prosegue la distribuzione di cibi ipercalorici durante l'adolescenza.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze e le Unità Funzionali di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell'Azienda Usl3 di Pistoia hanno promosso e condotto negli anni scolastici 2004-2005 e 2005-2006 una ricerca mirata alla valutazione delle caratteristiche igienico-sanitarie dei distributori automatici presenti negli Istituti Secondari di secondo grado della Provincia di Pistoia, della qualità igienica e nutrizionale dei prodotti alimentari (*snack* e bevande) in essi contenuti, delle frequenze di consumo da parte dei ragazzi nel tempo scolastico e nel tempo libero e del loro stato nutrizionale.

L'idea di realizzare questo studio nasce da una precedente esperienza di interventi di informazione alimentare svolti all'interno degli istituti scolastici dall'Azienda Usl3 di Pistoia, durante i quali era stato direttamente osservato un consumo elevato di snack dolci e salati nonché di bibite e bevande da parte dei ragazzi durante l'orario delle lezioni. Una delle ipotesi emerse era che tale consumo potesse essere favorito dall'elevato numero di distributori presenti nelle scuole.

In tal senso, alcuni Paesi hanno avviato esperienze innovative tese a regolamentare la distribuzione di alimenti e bevande all'interno dei contesti educativi anche attraverso norme specifiche. Tali interventi si pongono in linea con quanto espresso nel novembre 2006 a Istanbul dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha ricompreso nell'*European Charter on counteracting obesity* azioni quali il miglioramento della disponibilità di cibi sani - compresi frutta e vegetali - a livello scolastico.

La Francia, *in primis*, con la legge n° 2004-806 del 9 agosto 2004 adottata dal Parlamento nella lotta all'obesità nei giovani e seguendo le raccomandazioni dell' Afssa (Agenzia Francese di Sicurezza Alimentare), ha escluso da tutte le scuole i distributori automatici di bevande zuccherate e di prodotti alimentari confezionati, consentendo altresì la distribuzione di frutta e di acqua; di concerto, sono state intraprese iniziative di educazione alla salute per contenere il fenomeno del *grignottage* (sgranocchiamento).

Anche negli Stati Uniti cominciano ad emergere alcune posizioni peculiari: l'Aba, associazione dei produttori di bevande che comprende anche le multinazionali *Coca Cola* e *Pepsi*, ha dichiarato di voler limitare la diffusione di prodotti calorici in vendita nei distributori automatici, provvedimento peraltro già adottato nella maggior parte delle scuole americane.

Recentemente in Italia il Ministero della Salute, a partire dal precedente dicastero, ha proposto di sostituire gli snack dolci e salati presenti nei distributori automatici delle scuole con confezioni di macedonia o di frutta già lavata e tagliata.

Se questa azione può offrire innegabili vantaggi da un punto di vista dell'impatto nutrizionale su tale target di popolazione, restano aperte alcune problematiche di carattere igienico-sanitario: ad esempio, l'adeguato mantenimento della temperatura di conservazione, un "rigoroso" approvvigionamento giornaliero degli alimenti contenuti nei distributori o quantomeno la previsione di confezionamenti in unità-consumatore di prodotti vegetali in atmosfera modificata o protettiva diventano opzioni improrogabili per bloccare o a rallentare meccanismi chimici e/o biologici in causa nel deterioramento di fenomeni di deperimento o deterioramento.

Obiettivi

Nella nostra ricerca, gli obiettivi stabiliti sono riassunti come segue:

- verifica dei requisiti igienico-sanitari dei distributori automatici e della qualità igienica dei prodotti alimentari contenuti;
- analisi bromatologica dei prodotti alimentari distribuiti;
- analisi delle frequenze di consumo di snack e bibite zuccherate;
- valutazione dello stato nutrizionale degli studenti, tramite rilevazione di alcuni parametri antropometrici (peso, altezza e circonferenza vita);
- definizione di percorsi informativo-educativi.

Materiali e Metodi

- Questionario per la rilevazione delle frequenze di assunzione di snack, bibite e bevande zuccherate;
- check list per la valutazione *on site* delle condizioni igienico-sanitarie dei distributori;
- campionamento di alimenti, deperibili e non, presenti nei distributori;
- rilevazione di selezionati parametri antropometrici (peso, altezza, circonferenza vita, indice di massa corporea) in un campione randomizzato di popolazione.

Risultati

Di seguito presentiamo alcuni risultati relativi ai questionari somministrati agli studenti, alle analisi microbiologiche e bromatologiche e allo stato nutrizionale del campione di studenti sottoposti a determinazioni antropometriche.

I questionari raccolti e oggetto dell'analisi sono stati 6724; è emerso che circa il 60% (Tabella 1) dei ragazzi consuma snack e il 61% (Tabella 2) bibite o bevande durante l'orario scolastico. Percentuali analoghe si registrano nel consumo extra-scolastico di snack, mentre percentuali più alte (90%) si riscontrano nel consumo di bibite o bevande al di fuori dell'orario scolastico.

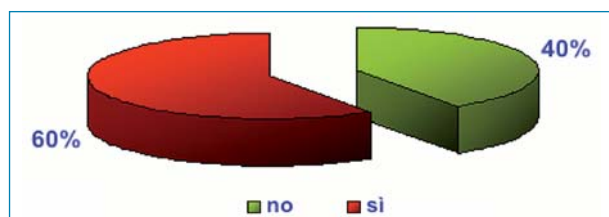


Tabella 1: Consumo di snack durante l'orario scolastico.



Tabella 2: Consumo di bibite o bevande durante l'orario scolastico.

La valutazione dello stato nutrizionale, effettuata su un campione random costituito da 282 studenti, è riassunta nella tabella seguente (Tabella 3):

Tabella 3: Distribuzione del campione in base alla valutazione dello stato nutrizionale.

	% sottopeso	% normopeso	% a rischio di sovrappeso	% sovrappeso
maschi	2,1	47,5	5,3	2,1
femmine	2,5	39,0	1,4	1,1
Totale	4,6	86,5	6,7	3,2

Criticità inerenti agli aspetti igienico-sanitari (caratteristiche strutturali e condizioni di pulizia e manutenzione delle apparecchiature) dei 113 distributori valutati hanno riguardato soprattutto condizioni non sempre

“ottimali” di pulizia delle apparecchiature e inadeguate temperature di conservazione anche in presenza di alimenti ad elevata deperibilità.

Dalle analisi microbiologiche, riferite a 60 diverse tipologie alimentari, è emerso un giudizio di qualità igienica nel complesso “soddisfacente” sia per le bevande, sia per gli snack di tipo industriale; le maggiori criticità hanno riguardato invece prodotti che abbiamo definito di tipo “artigianale” (panini, schiacciate e focacce ripiene) per la presenza, in alcuni casi, di valori elevati di carica batterica.

L'analisi bromatologica dei macronutrienti, condotta su un campione di prodotti, ha confermato la composizione dichiarata in etichetta anche se esiste, negli alimenti collocati all'interno del distributore, un difetto di visibilità che potrebbe condizionare la libertà di scelta consapevole da parte del consumatore.

Conclusioni

L'esperienza condotta nelle istituzioni scolastiche ha evidenziato alcune problematiche inerenti sia aspetti tecnologici, riferiti nello specifico all'assenza di rilevatori di temperatura di conservazione, sia i singoli alimenti per quanto concerne caratteristiche nutrizionali (sbilanciamento verso alte densità caloriche) e/o microbiologiche – in particolare per preparazioni “artigianali”. Infine, da non sottovalutare la scarsa importanza attribuita al diritto del consumatore, soprattutto in una età critica per l'apprendimento di comportamenti proattivi per la propria salute, di compiere scelte consapevoli e informate su quello che acquista, diritto sostanzialmente negato dall'assenza di visibilità delle etichette dei prodotti collocati all'interno del distributore. Tale aspetto, di concerto con un accesso illimitato durante l'orario scolastico e unitamente ad un numero rilevante di distributori presenti nelle strutture (rapporto distributore/utente: da 1 ogni 140 fino a 1 ogni 30 studenti), configura un rischio di eccessivo intake calorico e sbilanciata assunzione di nutrienti.

Il quadro di consumo registrato in base alle frequenze di assunzione si dimostra dunque lontano da quello suggerito come equilibrato e corretto dalle evidenze scientifiche disponibili.

L'occasione di esercitare un'attiva promozione di uno stile di vita alimentare corretto viene offerta, in questo contesto, dall'elevato numero di ore che gli studenti trascorrono nel plesso scolastico. L'attuale dibattito sull'evoluzione della distribuzione automatica può essere sfruttato per ridiscutere e proporre alimenti scarsamente consumati – quali quelli di natura vegetofruitariana – proprio all'interno di tali dispositivi. Non a caso, ed in linea ad analoghe iniziative sperimentate in altre parti d'Italia e di altri stati, anche in alcuni istituti della nostra provincia vengono attualmente offerte tipologie alimentari di questa natura in forme varie ed “accattivanti” (frutta secca, mousse di frutta, macedonia).

Tale scenario potrebbe aprire interessanti alternative di carattere educativo anche in settori dove, classicamente, i fattori prevalentemente analizzati sono le variabili di consumo.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: silvia_mantero@virgilio.it

TM

La consulenza telefonica in medicina generale

GIOVANNI CARRIERO*, PIETRO MARIO MARTELLUCCI**

* Medico di medicina generale, Siena

** Psicologo psicoterapeuta Az. Usl 7, Siena

La voce è il principale strumento di comunicazione umana ed anche il più antico. Trasferire la voce a distanza in tempo reale, indipendentemente dalla dimensione spazio, è stata la grande rivoluzione del telefono che ha rapidamente conquistato tutti i campi: in ambito privato, pubblico e professionale, dalle relazioni interpersonali al giornalismo, dal settore commerciale alla medicina.

Stabilire tramite il telefono un contatto per comunicare un problema di salute ad un esperto della salute è il canale ideale ed immediato per soddisfare tale bisogno o perlomeno per avere un'indicazione rapida sulla sua natura.

Pertanto nella professione medica e sanitaria in genere non poteva non affermarsi prepotentemente il telefono e conseguentemente tutta la tecnologia della comunicazione via etere e via cavo che consente già da oggi una miriade di applicazioni pratiche nella diagnosi e nella cura dei pazienti.

Comunicare in tempo reale un bisogno e ricevere immediatamente una risposta adeguata è il "gold standard" per chi avverte un disagio e lo interpreta come un'alterazione del suo stato di benessere, indipendentemente dalle soluzioni che verranno messe in atto per soddisfare tale bisogno. Parlare con il proprio medico riduce l'apprensione, l'ansia, la preoccupazione, talvolta uno stato di angoscia che subentra per la paura che la malattia sia già troppo avanti e non più suscettibile di cura e può costituire il primo momento dell'azione terapeutica rivolta ad una serie di disagi che vengono spesso amplificati dal fragile equilibrio psico-sociale caratteristico di una società come la nostra, convulsa e dominata dallo stress, che condiziona buona parte dei nostri pazienti.

L'incontro "faccia a faccia" tra medico e paziente può essere rimandato se non immediatamente necessario: sia il medico che il paziente possono preferire alla classica visita ambulatoriale un'alternativa più rapida ma comunque idonea. La consulenza telefonica non può sostituire la visita ma può essere un'altra via di contatto con il medico supplementare o complementare. Tanto che viene naturale parlare di vera e propria "visita telefonica".

Fino agli anni '80 soprattutto nelle aree rurali dove c'era meno confidenza con la tecnologia il telefono era utilizzato quasi esclusivamente per richiedere le visite domiciliari: le persone erano comunque diffidenti e preferivano il contatto "di persona", "de visu" per garantirsi l'intervento del medico. Avevano una certa soggezione nei confronti dello strumento considerato un bene di lusso, che manteneva an-

cora una sua sacralità. Oggi l'atteggiamento è completamente cambiato tanto che anche gli ultraottantenni sono in grado di utilizzare il cellulare per contattarci, siamo passati in alcune situazioni dalla diffidenza e dalla soggezione all'abuso; senza nulla togliere al valore dello strumento telefono ed alle opportunità che offre come mezzo di comunicazione e di informazione.

Attualmente il telefono costituisce il "sesto senso", un indispensabile complemento a tutte le nostre attività della vita professionale e di relazione. Il "tempo telefonico" si è enormemente dilatato e occupa uno spazio crescente nell'attività professionale del medico.

Tornando al bisogno di salute il telefono offre una soluzione immediata a prescindere dalla natura e dall'appropriatezza della richiesta: il paziente può percepire come urgente un bisogno indotto dai media e trasformarlo in bisogno reale oppure ritiene appropriato avere immediatamente un'informazione dal medico quando potrebbe benissimo attendere una successiva occasione. Non è facile controllare questo flusso di richieste se non stabilendo delle priorità di accesso telefonico al medico creando dei filtri per l'attività di consulenza.

Se valutiamo l'utilità della consulenza telefonica nell'attività di assistenza la bilancia pende più a favore dei pazienti che dei medici. Per il paziente la consulenza telefonica produce vantaggi in termini di velocità e facilità di accesso e di riduzione dei costi. Consente l'accesso immediato al medico in caso di problemi urgenti o presunti tali; facilita l'accesso all'ambulatorio compensando il fastidio di doversi prenotare e perciò dilazionare il contatto nel tempo; riduce il tempo totale da dedicare all'impegno della visita ambulatoriale perché l'orario è prefissato, si contraggono i tempi di viaggio, le ore lavorative perse, si riduce la necessità di affidare bambini od anziani alle cure di altri; consente il contatto a coloro che per motivi di lavoro non sono in grado di accedere all'ambulatorio.

Il servizio di consulenza telefonica considerato come prestazione professionale a tutti gli effetti ed adeguatamente valorizzato ed arricchito di contenuti specifici può ampliare l'offerta di servizi delle cure primarie. Ma qual è l'interesse effettivo della sanità pubblica nei confronti di questa attività complementare/supplementare del medico di famiglia?

La strategia generale del Servizio Sanitario Nazionale è quello di migliorare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini per aumentare l'offerta di assistenza. La trasformazione di molti servizi tradizionali

(banche, uffici, gestori di servizi pubblici, catene commerciali, ecc.) da interazione diretta faccia a faccia fornitore/utente a contatto elettronico o telefoniche si riflette inevitabilmente sul sistema di cure e sull'organizzazione del SSN. Il Ministero della Salute ed i governi regionali sono però interessati soprattutto a servizi di contatto diretto con i cittadini utenti (numeri verdi, telefoni dedicati, etc.) e tendono ad ignorare l'attività di consulenza telefonica che occupa uno spazio sempre maggiore dell'attività professionale sia dei medici dipendenti che convenzionati.

Oggi anche le Università e le Società Scientifiche e Professionali non possono non occuparsi di questa dimensione della professione che assorbe un tempo via via crescente nella pratica medica. Per fornire conoscenze e abilità sull'uso del telefono quale strumento di consulenza devono essere previsti corsi di training sia nella formazione pre- e post-laurea dei medici di famiglia, medici specialisti ed altre professioni sanitarie sia nei programmi di formazione continua permanente.

Le future linee guida dovrebbero includere anche domande chiave da utilizzare durante la consulenza telefonica.

La consulenza telefonica del proprio medico di famiglia ha una sua specificità anche se la tipologia della domanda spazia in tutti gli ambiti: viene riferita ad un complesso di bisogni che richiedono un progetto curativo, assistenziale, socio-sanitario che si avvale essenzialmente di ascolto e di orientamento comportamentale.

È controverso se l'uso del telefono riesca a ridurre il carico di lavoro ambulatoriale; si può parlare più di servizio aggiuntivo che alternativo. Anche a livello ospedaliero trials specifici sui possibili vantaggi della consultazione telefonica non hanno dimostrato una riduzione dei ricoveri, delle visite ambulatoriali, dei tests diagnostici, della mortalità.

Se si estende il concetto di telefonia a tutte le tecnologie della comunicazione disponibili le applica-

zioni possibili in campo medico sono infinite: tele-diagnostica, telesoccorso, teleassistenza, teleconsulto specialistico, telenursing, telediagnosi per immagini, teleanalisi di laboratorio, cartella clinica elettronica, videochirurgia, teleconsultazione di banche dati, telescreening, home care, teleformazione, telemanagement.

La telemedicina ha già sviluppato esperienze significative in campo cardiologico, neurologico e pneumologico ed offre enormi potenzialità di trasmissione di immagini e referti a distanza in tempo reale.

L'approccio al paziente è tuttavia tecnicistico e sacrifica la componente emozionale della relazione medico-paziente allo scambio impersonale di dati ed informazioni. Per caratterizzarsi come *servizio alla persona*, la telemedicina deve arricchirsi dell'esperienza della medicina generale che può trasferire alla teleconsultazione il valore della relazione medico-paziente, trasformandola in una consulenza medica a tutti gli effetti.

L'applicazione della telemedicina alla "fase assistenziale" del percorso di cura e non semplicemente al monitoraggio del malato rappresenterà in futuro il sistema per trasmettere informazioni non solo cliniche ma anche di tipo burocratico e gestionali e si caratterizzerà anche come servizio al paziente/utente riconosciuto a tutti gli effetti nel percorso di cura e non solo come strumento tecnologico nelle mani del medico.

In più l'introduzione nella pratica quotidiana di sistemi di comunicazione evoluti rispetto al telefono aumenterà sicuramente le possibilità di accesso alla consulenza medica riducendone i disagi ed ampliando le possibilità di usufruire di servizi.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: ggcar@tiscali.it

TM

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanamedica@ordine-medici-firenze.it
relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

bollettino postale oppure delega bancaria (RID)

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

COMMISSIONE ODONTOIATRI - il lunedì dalle ore 18 alle ore 19,30 - CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI
sito Internet dell'Ordine

AMMI - per appuntamento, telefonando al n. 055 575 608
FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter:

tutti i giovedì agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

~ ~ ~

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

Il fonendoscopio e l'ascoltazione del cuore

Strumento obsoleto ed arte dimenticata?

ALBERTO DOLARA

Agenzia Regionale Sanità-Regione Toscana

Secondo Howard Merkel, professore di storia della medicina della Michigan Medical School, lo stetoscopio (la dizione italiana corrente è fonendoscopio), "simboleggia nel modo migliore la pratica della medicina, sia che esso sia portato intorno al collo come un amuleto oppure avvolto nella tasca a mo' di arma pronta all'uso" (The stethoscope and the art of listening: NEJM 2006, 354:551-3). Dopo questa colorita espressione, artificio che gli studiosi anglosassoni usano spesso per dare sapore alle loro esposizioni, è ripercorsa nell'articolo la storia dell'ascoltazione del paziente dalle prime indicazioni d'Ippocrate, sull'importanza di ascoltare i rumori del respiro, fino alla "invenzione" dello stetoscopio (dal greco *sthetos*, torace e *skopein* osservare.) da parte di Laennec. Come è noto fu Laennec (1781-1826), che tra l'altro si diletta di musica, a trasformare l'ascoltazione immediata, appoggiando cioè l'orecchio sul torace del paziente, in quella mediata utilizzando cilindri cavi di legno di cedro o di ebano, capaci di trasmettere meglio i suoni dal paziente all'osservatore ed ai quali egli dette appunto il nome di stetoscopi. Nella figura è raffigurato Laennec al prestigioso ospedale Necker di Parigi, mentre effettua un'ascoltazione immediata del torace del paziente, tenendo lo stetoscopio nella mano sinistra. Le virgolette sul termine "invenzione" sono d'obbligo poiché sarebbe estremamente riduttivo ricordare questo illustre medico francese solo per i suoi cilindri. In realtà egli descrisse con il suo strumento, in modo sistematico, l'esatto significato dei rumori respiratori e cardiaci in molteplici malattie dell'apparato respiratorio e cardiaco, correlando i dati ottenuti con l'esame del paziente e quelli autoptici e pubblicandoli nel suo *Traite' de l'auscultation mediate et des maladies. des poumons et du coeur* che rappresentò un testo rivoluzionario per la medicina dell'epoca.

L'epoca d'oro dello stetoscopio di Laennec viene di solito considerata decorrere dalla pubblicazione del suo trattato nel 1819 fino ai primi decenni del secolo scorso; in realtà l'uso di questo strumento è proseguito ben oltre: ancora negli anni '40-'50, almeno negli ospedali italiani, i medici (e gli studenti, compreso chi scrive!) avevano nella tasca del camice gli stetoscopi monoauricolari in legno con la parte piatta per l'orecchio e la campana da appoggiare sul torace del paziente. Nello stesso periodo tuttavia,

medici, fisici ed ingegneri precisavano le proprietà fisiologiche del nostro apparato uditivo, le caratteristiche fisiche dei rumori cardiaci e polmonari, e definivano le caratteristiche tecniche dei fonendoscopi attuali (lunghezza, diametro e spessori dei tubi e delle membrane, calibro delle olive, etc). Così perfezionato il fonendoscopio biauricolare si dimostrava nettamente superiore a quello monoauricolare che andò pressoché completamente in disuso; ne rimane forse una vestigia negli stetoscopi ancora usati per rilevare il battito fetale. Il fonendoscopio biauricolare divenne così il simbolo non solo della pratica della medicina, ma anche dello specialista cardiologo (Paul Dudley White (1886-1973), famoso cardiologo americano, lo era anche per il suo "gold stethoscope", lo stetoscopio d'oro; in tempi ancora più recenti, nella nostra regione, l'Associazione lucchese Amici del cuore aveva istituito un premio annuale costi-



Laennec, all'Hôpital Necker, ascolta un tisico di fronte ai suoi allievi (1816). Pittura murale di Chartran (La Sorbonne, Parigi).

tuito da un fonendoscopio d'oro per i cardiologi toscani: un gradito premio che ho ricevuto nel 1996!).

Nell'articolo di Merkel non si accenna alla tecnica fonocardiografica (più tardi integrata dalla poligrafia cioè la contemporanea registrazione dei rumori e dei movimenti del cuore e dei vasi), sviluppata in particolare nel continente europeo intorno agli anni '60-'70. È invece utile ricordare che la metodica, eseguita con strumentazione tecnologicamente avanzata, con amplificatori e filtri adeguati, permetteva di visualizzare su schermo o registrare su carta o pellicola fotografica i rumori e i movimenti dell'apparato cardiovascolare con grande fedeltà; i grafici ottenuti, correlati con quelli percepiti durante l'esame del paziente, affinandosi e perfezionavano le capacità ascoltorie dei medici rilevandone errori ed omissioni.

La diffusione dell'ecocardiografia dopo gli anni '70 ha profondamente modificato il panorama della diagnostica cardiaca non invasiva, in particolare facendo perdere ogni significato diagnostico alla fonocardiografia ed alla poligrafia: non era certamente più necessario con questa metodica fare la diagnosi differenziale tra terzo tono fisiologico e schiocco di apertura della valvola mitrale stenotica, oppure cercare di stabilirne l'entità della stenosi mediante il calcolo della distanza Q-I tono/ Il tono-tono di apertura. L'ecocardiografia monodimensionale dapprima e successivamente quella bidimensionale, integrata con l'effetto Doppler, permette ormai da molti anni di stabilire con grande precisione le lesioni valvolari e l'entità delle alterazioni emodinamiche, fornendo se necessario al chirurgo una esatta dimensione di quello che poi risconterà al tavolo operatorio. È probabile tuttavia che l'abbandono della fonocardiografia comporti alcune difficoltà nell'insegnamento di una corretta ascoltazione del cuore.

Oltre alla fonocardiografia deve essere abbandonato anche il fonendoscopio? È la domanda che si pone Merkel a conclusione del suo articolo: *"lo stetoscopio, come il metodo di esaminare le urine nel medioevo, verrà allora relegato in uno scaffale del museo?"* L'Autore ritiene tuttavia prematura questa conclusione; è del resto improbabile che il medico possa rinunciare all'uso del fonendoscopio al letto del paziente, in ambulatorio o in una situazione di emergenza. Nelle affezioni cardiorespiratorie per esempio si dovrebbe applicare direttamente l'orecchio sul torace del paziente, ritornare cioè a quella ascoltazione *immediata* superata dalla introduzione dello stetoscopio.

Per quanto riguarda l'arte dell'ascoltazione è opportuno ricordare quanto afferma Lannec: *"Alcuni dei segni che si ottengono con l'ascoltazione mediata sono molto facili a cogliere. È sufficiente averli sentiti una volta per riconoscerli sempre, ma ve ne sono altri che richiedono più studio e più attitudine, e pertanto questo metodo di esplorazione aumenta la precisione della diagnosi più di altri. Ci si deve dare un poco più di pena per trarre dall'ascoltazione tutto il partito possibile"*. Questa ultima affermazione sollecita il ricordo personale di un rimprovero bonario che a noi studenti rivolgeva il primario mentre, curvi sul precordio del paziente, con lo stetoscopio monoauricolare, non riuscivamo ad apprezzare "un ritmo a tre tempi": *ma non avete orecchio musicale!* E furono necessarie lunghe esercitazioni cliniche successive ed il confronto con le altre metodiche per superare le difficoltà iniziali. Vi sono oggi i presupposti perché i giovani medici possano, raccogliere l'invito di Laennec? Oppure la prassi deve essere quella d'inviare tutti i soggetti all'esame ecocardiografico qualunque siano i reperti ascoltorie rilevati all'esame obiettivo? In questo caso gli effetti non sarebbero trascurabili anche in termini di spesa sanitaria. In alternativa l'esame ecocardiografico potrebbe essere inutilmente richiesto per soggetti del tutto normali oppure ritenuto superfluo in presenza di reperti patologici non rilevati. Con alcuni inconvenienti come dimostrato da un caso osservato recentemente: si trattava di un giovane, asintomatico, ritenuto più volte sano alle visite d'idoneità per servizi civili, che mostrava un soffio diastolico precoce, ad alta frequenza e bassa intensità, intensità 2/6 scala Levine, in parasternale sinistra. L'esame ecocardiografico confermava la diagnosi d'insufficienza aortica importante dovuta a valvola aortica bicuspidale. Ci si può anche domandare se oggi esistono docenti capaci d'insegnare come si ascolta il cuore, domanda che va rivolta ai responsabili della didattica universitaria.

Nella conclusione del suo articolo Merkel sottolinea come con lo stetoscopio inizia a porsi tra medico e paziente una barriera, barriera che è andata gradatamente aumentando in epoca moderna dovuta a tutte le metodiche strumentali oggi disponibili. Ma l'Autore fa saggiamente rilevare come quella indotta dal fonendoscopio sia ancora la minore distanza possibile tra medico e paziente. Ed è anche questa un'ottima ragione per continuare a servirsi, con perizia, di questo strumento!

TM

CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito www.ordine-medici-firenze.it)

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

B.D.A. COMPUTERS & SOFTWARE (Sconto 10% su P.C. Notebook e pda Asus)

B.D.A. Computers & Software offre uno sconto del **10%** sull'acquisto di notebook e pda della linea ASUS inoltre sconti ed agevolazioni per noleggio hardware/software, e per tutti i servizi di assistenza tecnica post vendita come p.c. sostitutivo, assistenza hardware, assistenza software, assistenza sistemistica, formazione e consulenza.

B.D.A. Computer & Software

Via Bassa 31/a - 50018 Scandicci FI - Tel. 055 735 1467 - Fax 055 754 931

E-mail: info@bda.it - [Http://www.bda.it](http://www.bda.it) - www.computeria.net

Traumi stradali: la psicologia al servizio dei cittadini

Un progetto integrato di intervento nel Comune di Firenze

ALBERTO BACCHERETI, MARTA DEBOLINI, DARIO IOZZELLI*
LAURA BELLONI**

* *Psicologi, Gruppo Psicologia Società della Salute Comune di Firenze*

** *Psichiatra, Dirigente Medico, SOD Psicologia, AOU Careggi*

Itraumatismi della strada, per la loro repentinità e la frequente gravità delle conseguenze che producono, determinano un forte impatto emotivo che interessa in modo via via crescente l'opinione pubblica, gli operatori sanitari e non solo, i familiari e le vittime dirette dell'evento. Inoltre, il fenomeno degli incidenti stradali comporta anche un pesantissimo costo sociale. Infatti, la stima ISTAT dei costi sociali degli incidenti stradali per l'anno 2004 è di 33.706 milioni di euro (pari al 2,6% del PIL), di cui 17.156 di costi materiali e 16.550 di costi umani (decessi, lesioni permanenti e temporanee alla persona, danni morali, mancate produzioni). Nel 2005 sono stati rilevati 225.078 incidenti stradali, che hanno causato il decesso di 5.426 persone, mentre altre 313.727 hanno subito lesioni di diversa gravità. Ogni giorno in Italia si verificano in media 617 incidenti stradali, che causano la morte di 15 persone e il ferimento di altre 860. Secondo i dati forniti dall'Osservatorio di Epidemiologia dell'Azienda Regionale Sanitaria del 2005, ogni anno in Toscana si verificano oltre 17.000 incidenti stradali con quasi 23.000 feriti e oltre 520 decessi. Il 35% dei soggetti coinvolti ha un'età compresa tra i 18 e i 29 anni; tra i decessi il 38% riguarda giovani minori di 29 anni; il 45% dei feriti ha un'età compresa tra 14 e 29 anni. La maggioranza degli incidenti è causata da comportamenti di guida non corretti, dal mancato rispetto dei limiti di velocità, nonché per abuso di alcol in almeno il 25% degli incidenti. L'infortunistica stradale è, quindi, la prima causa di morte, di invalidità temporanea o permanente tra i giovani e tra le prime cause di morte negli adulti.

La drammatica rilevanza del fenomeno ha portato la Società della Salute del Comune di Firenze, Assessorato alla Sicurezza Sociale, Sanità Pubblica, Sicurezza e Vivibilità Urbana nella persona dell'Assessore Graziano Cioni e del suo staff, alla decisione di commissionare ad un gruppo di professionisti Psicologi (Gruppo Psicologia SdS) lo sviluppo di un progetto sperimentale che riuscisse ad intervenire sulle componenti psicologiche e sociali dei traumi

stradali. Questo attraverso la creazione di un percorso strutturato e protetto per la tutela delle vittime della strada, dei loro familiari e degli operatori coinvolti ai vari livelli di intervento (Polizia Municipale, 118, Reparto di Rianimazione dell'AOU Careggi, Associazionismo).

La peculiarità di questo progetto è rappresentata dall'essenziale integrazione delle diverse realtà operative che si occupano del fenomeno e dall'offerta di un servizio di psicologia che intervenga sulla sofferenza psicologica delle persone coinvolte. Una attenta analisi degli interventi sul territorio nazionale ed europeo ha evidenziato l'assenza di un progetto che, come questo, riesca ad integrare in una rete sinergica tutti i soggetti coinvolti nel fenomeno nei suoi aspetti sanitari, psicologici e sociali.

Per i soggetti traumatizzati e loro familiari è prevista l'offerta di un servizio consulenziale e di sostegno psicologico al singolo (traumatizzato o familiare) e/o all'intero nucleo familiare. Questa opportunità sarà messa a disposizione durante il periodo di ospedalizzazione e in seguito alla dimissione, in collaborazione con i servizi di riabilitazione e di medicina di base. È previsto anche l'essenziale sviluppo di un percorso protetto con sostegno psicologico dedicato ai familiari delle vittime decedute contestualmente o in seguito all'incidente stradale.

Per gli operatori ospedalieri (Rianimazione AOU Careggi) è previsto un servizio consulenziale di psicologia rivolto al singolo e allo staff medico-infermieristico e la strutturazione di eventi formativi per l'implementazione delle competenze psicologiche. Il Gruppo Psicologia SdS parteciperà anche alla stesura del piano terapeutico integrato per pazienti vittime di incidenti stradali.

Per gli operatori della Polizia Municipale e del 118 è previsto un servizio consulenziale e di supervisione psicologica rivolto al singolo e al gruppo di lavoro, la strutturazione di interventi di formazione sulla gestione ed elaborazione di specifici problemi connessi alle problematiche psicosociologiche del loro

intervento. Inoltre il Gruppo Psicologia SdS contribuirà alla creazione, allo sviluppo e al mantenimento di un coordinamento tra i diversi servizi (118, Polizia Municipale, Reparto di Rianimazione AOUC) coinvolti in modo da contribuire significativamente all'efficienza degli interventi proposti.

Nei confronti della cittadinanza il Gruppo Psicologia SdS si propone di strutturare una capillare operazione di prevenzione e promozione delle determinanti della salute nel rischio dei traumatismi strada-

li in vari contesti (Scuole Medie e Superiori, Associazionismo, Volontariato, Strutture Sanitarie, altro), avvalendosi delle diverse competenze dei soggetti partecipanti (oltre alla psicologia quindi medici, operatori 118, operatori Polizia Municipale, associazionismo). A questo scopo è prevista una carta dei servizi che presenti nei dettagli il servizio offerto alla cittadinanza. Il Progetto sarà attivo a pieno regime nel Comune di Firenze dall'inizio autunno 2007. **TM**

L'ospedale "Piero Palagi" (ex I.O.T. di Firenze)

SANDRO BOCCADORO

Ex Direttore sanitario della ASL di Firenze

L'Azienda sanitaria di Firenze ha cambiato recentemente la denominazione dell'Istituto Ortopedico Toscano e lo ha ufficialmente intitolato "Ospedale Piero Palagi".

Lo I.O.T. che molti già chiamavano "il Palagi", ha avuto origine come fondazione negli anni della prima guerra mondiale. A seguito di successive donazioni l'Ente acquistò la proprietà della settecentesca **Villa Margherita**, con annessa azienda agricola, alla quale si accede dal Viale dei Colli. Nel 1923 in questa sede furono attivati 40 posti-letto destinati ad aumentare rapidamente.

Nel periodo tra le due guerre mondiali, sotto la direzione del prof. Piero Palagi, l'Istituto si sviluppò realizzando mediante ristrutturazioni ed ampliamenti due nuovi padiglioni, annessi alla villa originaria. Il prestigio dell'istituzione crebbe notevolmente negli anni '50 sotto la direzione del prof. Oscar Scaglietti e negli anni '60 con la direzione del prof. Bruno Calandriello. In questo periodo il Consiglio di amministrazione deliberò un ulteriore consistente ampliamento, promuovendo la progettazione di un monoblocco con tipologia "a pettine" e a sviluppo orizzontale, lungo il pendio della collina.

Con questa costruzione moderna, iniziata nel 1967 e conclusa nel 1985, fu realizzato un ospedale di 400 posti-letto, dotato di nuove ed efficienti strutture operative: pronto soccorso, reparti operatori, ambulatori, diagnostiche strumentali, laboratori.

Nel 1996 in attuazione del piano sanitario regionale, l'Azienda sanitaria di Firenze deliberò la *riconversione dell'ospedale in un presidio di riabilitazione specialistica polifunzionale* per il recupero e la riattivazione dei pazienti con patologie neuromotorie e cardiorespiratorie. Il programma comprendeva anche l'integrazione con le patologie proprie dell'età avanzata, mediante l'inserimento dell'ospedale geriatrico "i Fraticini"

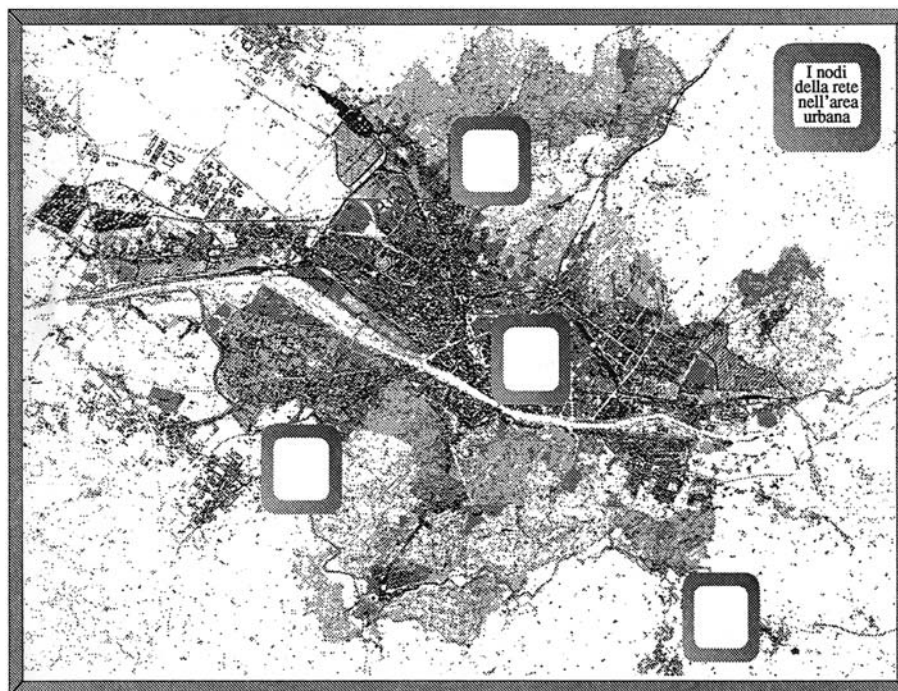
gestito dall'I.N.R.C.A. (vedi figura a pag. 28).

La disattivazione dello I.O.T. come ospedale monospécialistico fu decisa perché, in base ai parametri della Regione Toscana, per la specialità ortopedia si registrava a Firenze un'eccedenza di 350 posti-letto. Il progetto preliminare, finanziato con i fondi della legge 67/1988, recepisce la volontà di mantenere il prestigio acquisito dall'Istituzione, la cui riconversione avrebbe dovuto offrire una struttura sanitaria pubblica di altrettanto elevato interesse per la città. Come obiettivo di fondo era stato sancito inoltre di conseguire i requisiti dell'accreditamento, prospettando non solo la razionalizzazione delle strutture sul piano dell'efficienza e delle economie di gestione, ma anche il miglioramento degli standard qualitativi sotto il profilo dell'accoglienza, del confort e della sicurezza.

L'intervento di ristrutturazione e di riordino è ancora in corso, ma non è stata decisa quale sarà la destinazione finale dell'ospedale e la sua utilizzazione.

Lo studio progettuale è stato impostato per il recupero qualitativo di un complesso che ha già le connotazioni tipologiche dell'ospedale moderno, le cui strutture quindi sono adeguate e facilmente adattabili per assolvere il ruolo di ospedale generale con funzioni di emergenza.

Il presidio del viale Michelangelo potrebbe assumere questo ruolo, in alternativa a Santa Maria Nuova, soprattutto in ragione della sua localizzazione. Infatti la fruibilità dell'ospedale migliorerebbe sia nelle situazioni di emergenza, sia anche nelle condizioni di trasporto ordinario. Questa sede consentirebbe facile accesso ai mezzi di soccorso sanitario che potrebbero pervenire in tempi brevi da tutti i quartieri centrali della città. Anche il pubblico potrebbe raggiungere senza difficoltà il presidio sia con mezzi propri, essendo disponibile un'ampia area di parcheggio, sia utilizzando gli autobus urbani, di cui un



capolinea è già collocato nel piazzale interno in prossimità dell'ingresso principale.

Una seconda motivazione, altrettanto evidente, richiama l'attenzione sulle caratteristiche edilizie dell'ospedale moderno, che sono riconducibili sia alla tipologia dell'organismo architettonico con sviluppo estensivo, sia alla razionale distribuzione degli spazi interni in rapporto alle funzioni di cura e di assistenza. Da rilevare inoltre che il progetto della ristrutturazione attualmente in corso presuppone non soltanto l'adeguamento delle strutture alle norme dell'accreditamento, e quindi il miglioramento degli standard qualitativi sotto il profilo del comfort e della sicurezza, ma anche un sensibile miglioramento degli aspetti funzionali. In particolare è previsto che l'ospedale disponga di un nuovo adeguato sistema di percorsi attrezzati, orizzontali e verticali, per rendere più agevoli i collegamenti interni.

Un'ulteriore motivazione avvalorata l'ipotesi formulata secondo la quale l'ospedale per l'emergenza nel centro della rete ospedaliera fiorentina avrebbe sede presso l'ex I.O.T.

Gli ospedali sono oggi concepiti non soltanto come stabilimenti di cura ma anche come un "luogo di soggiorno" vivibile, in grado di conferire confort e benessere psicofisico a coloro che a qualunque titolo li utilizzano (malati, personale, visitatori). Sotto questo profilo è essenziale che dagli ambienti interni si possano avere gradevoli proiezioni verso il paesaggio circostante, soprattutto quando il suo aspetto è ameno per la presenza di grandi spazi verdi come quelli che compongono i poggi del viale dei Colli. L'ampliamento dell'ex I.O.T. è stato progettato anche in funzione di questo principio. Infatti tutti gli ambienti sanitari sono dotati di ampie finestrate (camere, locali di lavoro, corridoi). L'affaccio sull'esterno, direttamente anche dai letti di degenza, suscita

emotività distensiva e un benefico effetto psicologico derivanti dalla visione estetica dei "quadri naturali" che si riflettono attraverso le vetrate dell'edificio. La visuale sul paesaggio stimola la fantasia e induce un senso di evasione verso il mondo esterno al quale i ricoverati tendono a ritornare.

Si può concludere sostenendo che non sembra logico rinunciare all'impiego di un presidio che arricchisce il patrimonio ospedaliero di Firenze. Un presidio ideato come ospedale moderno e progettato secondo gli attuali criteri di edilizia ospedaliera, al pari degli ospedali più recenti San Giovanni di Dio e Santa Maria Annunziata. Un ospedale che si propone alla città per una serie di vantaggi, alcuni di ordine funzionale e di sicurezza, altri in ragione dei principi per umanizzare l'assistenza. In particolare: *la sede* che favorisce l'accesso e la sosta; *le strutture* razionali in rapporto all'organizzazione e alle attività ospedaliere; *l'insediamento* che facilita da un lato i fattori ambientali propri dell'igiene ospedaliera (illuminazione e ventilazione naturali, difesa acustica) dall'altro gli aspetti legati all'influenza del comprensorio sotto il profilo del benessere psicofisico (area di rispetto, spazi attrezzati a verde, visuale paesaggistica).

Pur essendo stato in passato un tenace difensore del ruolo attribuito a Santa Maria Nuova, ospedale del centro di Firenze, ritengo superata questa concezione in ragione dell'analisi critica esposta. Oggi sono portato a considerare che, in proiezione degli anni futuri, l'ospedale "Piero Palagi" sia più adeguato per rispondere alle esigenze di un moderno presidio, efficiente sotto tutti i punti di vista.

La rinnovata struttura di Santa Maria Nuova potrà comunque assolvere il ruolo di istituzione sanitaria con funzioni diverse rivolte alla popolazione prevalentemente anziana dei quartieri centrali di Firenze.

TM

Sorveglianza Nutrizionale

Studio sulle abitudini alimentari di un campione di bambini toscani di 8-9 anni

Aggiornamento 2006

MARIANO GIACCHI*, GIACOMO LAZZERI*, EMANUELA BALOCCHINI^o,
MARIA RITA CACIOLLI^o, MARIA CRISTINA FAGOTTI^o

* Centro Ricerca Educazione e Promozione della Salute Università di Siena
^o Settore Igiene Pubblica della Regione Toscana

Numerosi dati disponibili evidenziano l'aumento dell'obesità in gran parte dei paesi sviluppati e in particolare in età evolutiva. L'alimentazione e l'attività fisica giocano un ruolo importante come fattori di rischio ma anche protettivi.

Uno specifico progetto integrato di sorveglianza nutrizionale, rivolto ad un campione rappresentativo regionale di ragazzi di 8-9 anni di età, è stato attivato dal Settore Igiene Pubblica della Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana con il coinvolgimento operativo delle articolazioni organizzative di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) di tutte le Aziende UU.SS.LL. toscane e con il coordinamento scientifico del CREPS dell'Università di Siena.

L'avvio del progetto toscano HBSC dell'OMS sugli stili di vita dei giovani, in base all'Accordo quadro di collaborazione fra l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e la Regione Toscana, ha consentito di arricchire le informazioni su alimentazione e attività fisica anche alle fasce di età di 11, 13 e 15 anni, permettendo così di confrontare i dati con quelli nazionali e internazionali.

Le finalità precedentemente accennate sono state riproposte nel Piano Sanitario Regionale 2005-2007 anche con la costituzione della Commissione regionale "Alimentazione e salute", che ha il com-

pito di sviluppare delle linee di indirizzo a livello regionale per promuovere la sana alimentazione e lo svolgimento di attività motorie, ed individuare processi assistenziali, efficaci e tempestivi, di prevenzione e trattamento dell'obesità.

Tale indirizzo è in linea con la "Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e Salute" elaborata dall'OMS del 2006, che indica una serie di raccomandazioni per i governi nazionali e locali e suggerisce di usare un approccio intersettoriale per far sì che aumenti il consumo di frutta e verdura, diminuisca l'apporto di grassi animali saturi in favore di quelli vegetali insaturi, si riduca la quantità e la proporzione di grassi, sale e zucchero nella dieta, si faccia attività fisica giornaliera, si mantenga l'IMC entro limiti accettabili.

L'ESPERIENZA TOSCANA (2005-2006)

I dati presentati si riferiscono ad un campione casuale stratificato composto da 1430 bambini di 8-9 anni (725 maschi, 705 femmine). I ragazzi sono stati misurati in altezza e pesati da operatori appositamente standardizzati. L'Indice di Massa di Corporea è stato calcolato e confrontato con i valori soglia dell'International Obesity Task Force (T.J. Cole).

Le abitudini alimentari sono state rilevate tramite questionari di frequenza somministrati in classe.

Tabella 1 - Distribuzione classi IMC per sesso

	Totale		Maschi		Femmine	
	N	%	N	%	N	%
Sotto-Normopeso	952	66,6	487	67,2	465	66,0
Sovrappeso	359	25,1	174	24,0	185	26,2
Obesi	119	8,3	64	8,8	55	7,8
Totale	1430	100	725	100	705	100

RISULTATI

Dall'analisi dei dati sui valori dell'IMC, effettuata utilizzando il metodo indicato da Cole, risulta che il 66.6% dei bambini è sotto/normopeso, il

25.1% è sovrappeso e l'8.3% è obeso, con differenze non statisticamente significative tra maschi e femmine (Tabelle 1 e 2).

Tabella 2 - Prevalenza di sovrappeso per sesso

	Totale		Maschi		Femmine	
	N	%	N	%	N	%
Sovrappeso + obesi	478	33.4	238	32.8	240	34.0

PRIMA COLAZIONE

Da quanto riferito dai bambini risulta che l'85.8% consuma la prima colazione tutti i giorni o quasi (in maggioranza insieme ai genitori, 39.8%), mentre solo l'1.9% la salta in maniera sistematica.

L'alimento preferito alla prima colazione è il latte con il 57% delle preferenze seguito dai biscotti con il 53,3%; le merendine raggiungono appena il 25% pur restando il secondo alimento solido più consumato.

Tabella 3 - Cibi liquidi e solidi maggiormente consumati a colazione

I primi 3 alimenti liquidi		I primi 3 alimenti solidi	
	%		%
Latte	57.0	Biscotti	53.3
Succo di frutta	35.5	Merendine	25.0
Bibite	13.5	Pizza	13.6

Per quanto concerne la frutta il 21.0% dichiara di consumarla quasi tutti i giorni.

MERENDA DEL MATTINO

L'88.2% dei bambini consuma lo spuntino di metà mattina "Quasi tutti i giorni".

A questo spuntino sono il succo di frutta con il 37.3% delle preferenze e la pizza con il 32.1% ad essere gli alimenti più consumati; nuovamente, le merendine non risultano essere troppo consumate, essendo superate in frequenza anche dai panini farciti.

Tabella 4 - Cibi liquidi e solidi maggiormente consumati alla merenda del mattino

I primi 3 alimenti liquidi		I primi 3 alimenti solidi	
	%		%
Succo di frutta	37.3	Pizza	32.1
Bibite	18.3	Panino farcito	30.3
Latte	15.0	Merendine	27.0

Per quanto concerne la frutta il 16.7% dichiara di consumarla quasi tutti i giorni.

MERENDA DEL POMERIGGIO

L'80.9% dei bambini consuma la merenda del pomeriggio da 5 a 7 volte a settimana, il 40.1% insieme ai fratelli o sorelle, e il 72.4% mentre guarda la televisione.

Gli alimenti preferiti ricalcano quelli della merenda del mattino con l'inversione tra pizza e panini farciti, che nel pomeriggio sembrano essere maggiormente graditi.

Tabella 5 - Cibi liquidi e solidi maggiormente consumati alla merenda del pomeriggio

I primi 3 alimenti liquidi		I primi 3 alimenti solidi	
	%		%
Succo di frutta	43.6	Panino farcito	30.5
Bibite	25.6	Pizza	29.8
Latte	23.5	Merendine	28.9

Per quanto concerne la frutta il 27% dichiara di consumarla quasi tutti i giorni.

Tabella 6 - Frequenza di consumo di alimenti da parte dei bambini di III elementare

	nella settimana ...						
	Ogni giorno più di una volta	Una volta al giorno ogni giorno	5-6 giorni a settimana	2-4 giorni a settimana	Una volta a settimana	Meno di una volta a settimana	Mai
	%	%	%	%	%	%	%
Latte	19.0	37.2	7.0	9.2	7.6	6,1	14.0
Pane	34.2	21.1	10.1	12.7	6.1	6.4	9.5
Pasta	25.1	22.9	14.6	13.1	9.6	6.9	7.8
Legumi	5.3	5.8	7.5	17.2	15.3	15.5	33.3
Salumi	11.3	13.1	14.4	23.2	13.2	11.7	13.2
Pesce	3.8	4.5	5.7	16.2	22.0	19.9	27.9
Formaggi	9.6	10.8	8.8	21.1	15.8	12.7	21.3
Verdure	11.9	9.0	9.5	17.7	12.1	12.8	27.0
Frutta	22.5	15.0	12.1	16.3	10.6	11.7	11.6
Merendine	7.9	11.3	9.9	17.0	11.0	18.1	24.8
Succo di frutta	15.7	15.7	10.9	17.2	12.3	11.3	17.0

FREQUENZE ALIMENTARI AI PASTI PRINCIPALI

Osservando i dati sui consumi alimentari dei bambini (Tabella 6), si nota come pane, pasta e frutta presentino frequenze per "Ogni giorno più di una volta" più elevate, mentre i legumi, il pesce e la verdura sono le meno consumate.

Sommando la frequenza "Ogni giorno più di una volta", "Una volta al giorno ogni giorno" e "5-6 giorni a settimana" si nota come il pane raggiunge una frequenza di consumo del 65.4%, seguito dalla pasta con il 62.6%, dal latte (63.2%) e dalla frutta con il 49.6%. Elevato anche il valore dei salumi che raggiungono il 38.8%.

QUESTIONARIO GENITORI

Per quanto riguarda il questionario dei genitori ci sembra opportuno riferire almeno i dati delle risposte alle due domande di seguito riportate.

Alla domanda: "fra i pasti principali suo figlio/a ha l'abitudine di mangiucchiare davanti alla TV?" non si osserva alcuna differenza significativa tra le classi di IMC, anche se si nota come siano gli obesi ad avere la percentuale più alta per la risposta "sempre" e la più bassa per il "mai" (tabella 7).

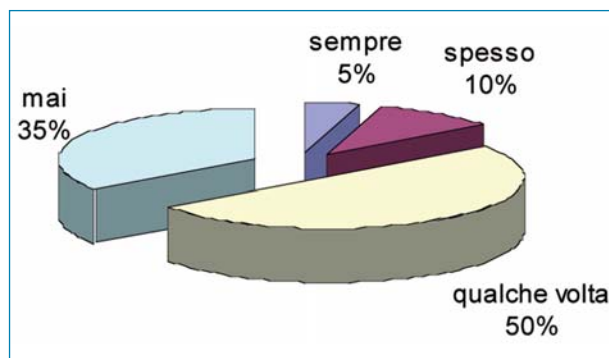


Grafico 1 - Abitudine a mangiucchiare davanti alla televisione

Tabella 7 - Frequenza abitudine a mangiucchiare davanti alla televisione per classe di IMC

	Sempre	Spesso	Qualche volta	Mai
	%	%	%	%
Normo-sottopeso	4.9	10	49.1	36
Sovrappeso	3.4	9.9	53.8	32.9
Obesi	5.4	13.4	52.7	28.6

n.s

Per quanto riguarda l'attività fisica il 34.2% dei ragazzi di terza elementare toscani, svolge minimo un'ora di attività fisica per almeno 5 giorni a settimana, soglia individuata a livello internazionale come protettiva. Pur riscontrando una percentuale maggiore di coloro che fanno almeno un'ora per 5 giorni alla settimana, nella classe dei normopeso, tale differenza non risulta statisticamente significativa.

In sintesi, i risultati dello studio, parzialmente riferiti in questa sede, hanno fornito alcune utili informazioni:

- la prevalenza di sovrappeso nei ragazzi di terza elementare è di 33.4%. di cui 8.3% obesi, senza sostanziale differenza fra maschi e femmine;
- la buona abitudine di non saltare la prima colazione sembra ormai radicata, con l'85.8% che dichiara di farla quasi tutti i giorni;
- per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, facendo riferimento alle linee guida che raccomandano 5 porzioni complessive al giorno, risulta che il 22,5% dei bambini consuma frutta più di una volta al giorno e solo il 11,9 la verdura;
- per gli alimenti consumati negli intervalli dai pasti principali, la frequenza media delle merendine confezionate è del 18%, mentre quella dei panini farciti raggiunge valori di 30.3% al mattino e di 30.5% al pomeriggio.

Tabella 8 - Ore medie di attività fisica giornaliera in relazione alla classe di IMC dei bambini

Frequenza di giorni con almeno un'ora di attività fisica	Totale %	Sotto/normopeso %	Sovrappeso %	Obesi %
0 giorni	4.2	2.6	4.5	5.9
1 giorno	8.4	8.2	9.6	6.7
2 giorni	22.5	21.5	24.5	25.2
3 giorni	18.9	18.3	19.4	21.9
4 giorni	11.8	12.9	9.9	8.4
5 giorni	10.2	10.0	10.4	10.9
6 giorni	5.5	5.5	6.2	4.2
7 giorni	18.5	19.8	15.5	16.8
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0
Meno di 5 giorni	65.8	64.8	67.9	68.1
5 giorni o più	34.2	35.2	32.1	31.9

n.s

Per brevità non è riportato l'elenco delle citazioni bibliografiche richiamate nel testo. Gli interessati sono pregati di contattare il Dott. Lazzeri Giacomo lazzeri@unisi.it. Tel. 0577.234156.

NUOVO BANDO PER IL SOSTEGNO ALLA FORMAZIONE

L'Istituto Toscano Tumori, nel quadro del sostegno alla formazione di dipendenti e collaboratori del SSR (Servizio Sanitario Regionale), promuove la possibilità di effettuare presso qualificate strutture nazionali od estere.

Stage di formazione in oncologia - Bando

Sono considerati prioritari i progetti formativi in ambito oncologico su ricerca di base, ricerca applicata, innovazione tecnologica, innovazioni terapeutiche, qualità assistenziale.

L'ITT contribuirà con un massimo di € 6.000,00 alle spese di soggiorno e viaggio dei soggetti ammessi.

Il contributo è riservato a dipendenti o collaboratori presso strutture del SSR, che siano in possesso della laurea, diploma o titolo di studio appropriato in funzione della proposta di stage. Per stage all'estero è richiesta la buona conoscenza della lingua del paese o dell'inglese.

Ogni progetto dovrà contenere i seguenti punti qualitativi: obiettivi dello stage, metodologie, rilevanza, relazione con l'attività professionale; dovrà essere anche indicata la durata dello stage e dovrà essere accompagnato da una lettera di accettazione dell'istituto di accoglienza (Vedi Allegato A).

La selezione delle domande sarà a insindacabile giudizio di una Commissione di valutazione composta da membri dell'Ufficio di direzione dell'ITT.

Le domande di ammissione dovranno essere inviate a mezzo di raccomandata A/R entro il 30 luglio 2007 a:

Regione Toscana

Istituto Toscano Tumori

Via T. Alderotti, 26/N - 50139 Firenze

specificando all'esterno della Busta "Domanda Stage formazione Oncologica".

Il contributo accordato sarà comunicato successivamente alla comunicazione inerente l'esito della commissione. L'80% del contributo potrà essere anticipato prima dello stage e il restante 20% dopo presentazione di una breve relazione sull'effettivo svolgimento dello stesso.

L'allegato A e il modulo di domanda di partecipazione costituiscono parte integrante del presente Bando.

Il bando ed il modulo di domanda sono scaricabili dal sito:

www.itt.toscana.it

Informazioni:

Istituto Toscano Tumori

Via Taddeo Alderotti, 26/N - 50139 Firenze

Tel. 055/4385496 4385213

Fax 055/4385252

Consiglio sanitario regionale

HOSPICES IN TOSCANA

Il Consiglio Sanitario si è dichiarato FAVOREVOLE al documento “Gli Hospices in Toscana”.

Gli Hospices sono strutture residenziali di cure continue ad alta complessità assistenziale che si prendono cura dei pazienti in fase terminale quando, per una molteplicità di condizioni cliniche o sociali, il domicilio diventa inadeguato, e sono qualificanti articolazioni della Rete assistenziale per le cure palliative.

La rete di assistenza ai pazienti in fase terminale è costituita da un insieme funzionale ed integrato di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che si articolano in linee organizzative distinte ma anche concorrenti e specifiche strutture dedicate.

L'Hospice opera nel rispetto di principi di unitarietà e continuità con l'assistenza domiciliare in conformità al modello organizzativo regionale.

I soggetti coinvolti nella funzionalità del sistema sono: le Aziende sanitarie, la cooperazione sociale, le associazioni di volontariato e gli enti locali. Questi configurano un sistema nel quale la persona malata e la sua famiglia possono essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede d'intervento privilegiata e preferita nel 75-85% dei casi e le strutture di degenza specificatamente dedicate al ricovero-soggiorno, sia parziale che temporaneo o definitivo.

La principale finalità del centro di cure palliative – Hospice – è la presa in carico del paziente per l'instaurarsi di una situazione critica:

- **sanitaria** (situazioni di aggravamento, scompenso del dolore e/o della patologia di base);
- **sociale** (abitazione inadeguata, assenza di rete di sostegno, esigenza di offrire sollievo e aiuto alla famiglia);
- **familiare** (la famiglia non riesce più a farsi carico della criticità del proprio congiunto e dei complessi problemi che questa situazione comporta).

Quindi l'Hospice costituisce un'alternativa alla casa quando questa non è, temporaneamente o definitivamente, idonea ad accogliere la persona malata secondo criteri e modalità riportate nell'allegato regolamento.

L'Hospice permette di proseguire le cure in un ambiente protetto, con trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore.

Gli Hospices ad oggi previsti in Toscana sono 16, per un totale di 158 posti letto + 8 in regime diurno, con un rapporto di 0,47 posti letto per 10.000 abitanti.

Occorre rilevare che le considerazioni del presente documento fanno riferimento al settore dell'oncologia

che rappresenta sicuramente l'ambito prevalente ma non esclusivo di competenza dell'Hospice.

L'attività dell'Hospice comprende:

- Il ricovero ordinario residenziale;
- Il ricovero diurno (day-Hospice) residenziale;
- L'attività ambulatoriale;
- Il coordinamento con l'assistenza domiciliare.

Dovrà essere assicurato il coordinamento delle attività dell'Hospice con l'assistenza garantita dal Medico di Medicina Generale.

L'Hospice costituisce inoltre:

- Il centro di ascolto e di riferimento per i pazienti, le loro famiglie e i curanti;
- Uno dei luoghi deputati alle attività didattiche sull'etica di fine della vita.

Nelle situazioni relative al paziente in fase terminale, l'Hospice deve tendere a migliorare la qualità di vita della persona e della famiglia attraverso una cura ed un'assistenza globale, attive, integrate, continue e rivolte a ridurre lo stato di sofferenza.

In pratica l'equipe delle cure palliative identifica, valuta i bisogni fisici, sociali e psicologici proponendo al paziente e ai familiari le possibili soluzioni, insegna i comportamenti più adeguati per il mantenimento della qualità di vita, garantisce la continuità assistenziale.

Per dare concreta operatività a tale rete di servizi, occorre che siano assicurati:

- accessibilità da parte dei cittadini, sensibilizzazione, informazione;
- possibilità di coordinarsi in ambiti diversi: presidio ospedaliero, domicilio, strutture residenziali (Hospices);
- diffusione della cultura delle cure palliative fra il personale ed integrazione con i servizi sociali;
- mantenimento della continuità assistenziale;
- riduzione dei ricoveri inappropriati;
- attuazione dimissioni protette;
- verifica e valutazione della qualità dei servizi offerti e dei risultati;
- raggiungimento del giusto equilibrio costo/beneficio;

Sono obiettivi degli Hospices:

- completare la rete delle cure domiciliari già presente in ambito aziendale;
- approntare programmi di cura coerenti con il tipo e le dimensioni dei problemi del malato e della famiglia;
- dare continuità alle cure, flessibilità e rapidità organizzativa ai programmi di cura offerti al pa-

ziente in fase terminale;

- assicurare un approccio multidisciplinare al paziente in fase terminale, garantendo il contributo professionale di tutti quelli che sono in grado di ottenere miglior qualità di vita per il malato e la sua famiglia;
- prestare attenzione all'intensità delle cure e allo stato di sofferenza;
- migliorare la qualità dei progetti assistenziali posti in essere, grazie alla configurazione di uno scenario capace di offrire risposte modulate ed articolate sul bisogno del paziente in fase terminale ed, eventualmente, della sua famiglia;
- diminuire il numero e la durata dei ricoveri impropri di malati in fase terminale nei reparti per acuti;
- diminuire il numero di decessi per terminalità nei reparti ospedalieri per acuti;
- garantire il sostegno a chi assiste il malato in fase terminale;
- sostenere i membri del nucleo familiare lungo il decorso della malattia, al decesso del congiunto e nella fase del lutto.

L'accesso all'Hospice è riservato alle seguenti tipologie di pazienti in presenza della richiesta e/o del consenso dell'interessato:

- paziente oncologico, in fase di aggravamento di malattia per il quale non si possono più attuare trattamenti specifici, ma solo trattamenti sintomatici
- paziente non più rispondente alle terapie specifiche volte alla guarigione, con una presumibile aspettativa di vita non superiore ai 3 mesi;
- paziente con indice di Karnofsky uguale o inferiore a 50;
- paziente per il quale non sia possibile l'assistenza al proprio domicilio per le condizioni generali dell'utente o situazioni create nel nucleo familiare;

Inoltre si può accedere all'Hospice in presenza di una o più delle seguenti condizioni:

- non idoneità della famiglia o dell'abitazione ad assicurare assistenza domiciliare adeguata per periodo di tempo definito;
- sollievo alla famiglia o condizioni di urgenza del familiare;
- esigenza di preparazione e supporto al lutto;
- esigenza di assistenza (controllo esami, controllo stato nutrizionale, consulenza, sostegno e supporto, terapia palliativa).

I processi da sviluppare sono inerenti alla gestione del paziente-utente e del personale; alla base di questi gli strumenti principali individuati per l'avvio del centro sono il team multiprofessionale e l'infermiere case-manager. Il primo è collegato alla necessità di un approccio integrato nella presa in carico dell'utente ed

il secondo per assicurare la maggior personalizzazione dei piani assistenziali dal momento della presa in carico fino al termine della vita. Le tappe della pianificazione sono presentate di seguito.

Sono peculiarità del servizio:

- Un modello organizzativo innovativo dell'assistenza intesa anche come protezione socio-sanitaria nell'ottica della centralità della persona e della famiglia.
- L'offerta di risposte assistenziali interdisciplinari con particolare valorizzazione dell'aspetto relazionale.
- L'unitarietà assistenziale a forte integrazione professionale.
- L'autonomia organizzativa, professionale e formativa nell'ambito della rete delle cure palliative.

L'Hospice, quindi, offre un'assistenza sanitaria caratterizzata da un'equipe-team multiprofessionale (medico palliativista, medico di medicina generale, infermiere, psicologo, fisioterapista, volontari ecc.) che opera in maniera integrata e coordinata, da un'alta intensità assistenziale che privilegia la comunicazione, da scarsa invasività e da appropriata tecnologia.

Al paziente deve essere garantita certezza di riferimenti con visibilità, accessibilità e continuità dell'equipe responsabile della sua presa in carico globale.

È possibile, sulla base delle singole modalità organizzative, individuare all'interno dell'equipe la figura di un case-manager.

L'assistenza personalizzata e individualizzata prevede una effettiva integrazione dell'intera équipe interdisciplinare (medico di medicina generale, medico palliativista, infermiere, terapeuta della riabilitazione, psicologo, assistente sociale, operatore tecnico, volontariato) e richiede un notevole impegno di conoscenza, osservazione, progettazione e valutazione che si realizza attraverso il Piano Assistenziale Individuale che fa parte della documentazione infermieristica e clinica.

Il Piano Assistenziale Individuale all'interno dell'hospice è costruito dal responsabile dell'hospice in collaborazione con l'equipe multidisciplinare, ivi compresi il case manager e il medico di famiglia referente del paziente, tenendo conto di:

- una valutazione multidimensionale del paziente (test, scale, protocolli, ecc);
- una informazione e condivisione con familiare e paziente;
- una verifica della sua applicazione;
- una sua rivalutazione periodica.

Il Piano Assistenziale Individuale deve trovare una continuità applicativa anche quando il paziente viene dimesso per il proprio domicilio. L'equipe multidisciplinare deve garantire la continuità assistenziale integrandosi con le altre competenze prevalentemente presenti nelle diverse articolazioni assistenziali territoriali. Tale integrazione richiede un

processo di condivisione della cultura e dei metodi delle cure palliative.

Il processo di gestione dell'utente si articola in tre fasi principali:

- accettazione-ammissione;
- trattamento-degenza;
- dimissione con prosecuzione dell'assistenza e cura a domicilio in continuità con l'Hospice secondo un processo organizzativo unitario di intervento;
- accompagnamento alla morte e sostegno alle prime fasi del lutto.

Gli strumenti necessari sono:

- elenco e definizione dei criteri per ammissione;
- scheda di valutazione multidimensionale;
- scheda informativa d'accoglienza;
- cartella integrata e PAI;
- scheda di collegamento con i servizi territoriali;
- scheda di valutazione qualità percepita.

L'assistenza infermieristica rivolta alla persona ricoverata deve essere basata sulla centralità della persona, la continuità dell'assistenza, l'integrazione inter-intraprofessionale ed il coinvolgimento della famiglia.

Le procedure di presa in carico hanno l'obiettivo di evitare duplicazioni di prestazioni, facilitare i collegamenti tra i servizi, favorire una effettiva presa in carico e fornire un riferimento stabile per il paziente, familiari ed équipe.

In caso di ritorno al proprio domicilio o trasferimento in ospedale la dimissione dovrà essere concordata con i servizi, strutture che si trovano ad interagire con il centro, servizi sociali, presidio ospedaliero, medico di medicina generale.

Per una corretta valutazione della qualità dell'assistenza di fine vita è necessario affrontare diversi problemi legati alla presenza di flussi informativi che permettano un monitoraggio sistematico e alla disponibilità di indicatori di qualità di vita in malati in fase terminale e di qualità della morte.

LA DIRIGENZA ALL'INTERNO DEI CENTRI RESIDENZIALI DI CURE PALLIATIVE (HOSPICES)

Il ruolo di dirigenza trova nel centro piena realizzazione attraverso funzioni di programmazione, organizzazione, gestione e verifica delle attività erogate, della loro integrazione all'interno della rete assistenziale e di formazione nell'ambito degli indirizzi e della programmazione predisposti dall'Azienda Sanitaria di riferimento.

Al Responsabile dell'Hospice competono:

- la responsabilità delle scelte cliniche ed assistenziali dei malati accolti in Hospices;
- la responsabilità organizzativa dell'Hospice;
- la formazione del personale;
- la comunicazione interna ed esterna.

Il Responsabile dell'Hospice definisce e accredita la struttura mediante i programmi di:

1. Cura ed assistenza
 - controllo del dolore e dei sintomi;
 - modelli di nursing.
2. Informazione e comunicazione
 - natura della malattia, sua evoluzione e "orizzonte di terminalità";
 - aspetti relativi al consenso informato;
 - rispetto dell'autonomia del malato nelle scelte.
3. Sostegno alla famiglia
 - interventi di sollievo e di sostegno psico-sociale;
 - educazione della famiglia ai programmi e all'uso della struttura;
 - definizione di standard transculturali.
4. Accompagnamento alla morte
 - orientato verso l'intervento multi-dimensionale;
 - rivalutazione delle risorse spirituali;
 - preparazione del paziente e della famiglia all'evento.
5. Assistenza al lutto
 - sostegno ai familiari nell'elaborazione anticipata del lutto e successiva al decesso.
6. Gestione e verifica della qualità
 - organizzazione del lavoro d'équipe;
 - strumenti di verifica della qualità interna (audit clinico);
 - valutazione della QoL del paziente;
 - grado di soddisfazione dei familiari;
 - verifica QoL sul lavoro, degli operatori.

Il Responsabile della struttura organizza il lavoro di équipe promuovendo:

- A) modello organizzativo di tipo partecipativo (CQC circolo di qualità);
- B) collaborazione interdisciplinare (équipe multidisciplinare e utilizzo di procedure vincolanti tra pari (reciprocità), su modelli democratico-partecipativi;
- C) valutazione collettiva dei processi e negoziazione dei programmi assistenziali e di cura;
- D) ridistribuzione collettiva dei carichi emozionali;
- E) responsabilità collettiva versus discrezionalità individuale;
- F) procedure di supervisione sistematica a sostegno del personale.

Il Responsabile della struttura sviluppa i necessari collegamenti funzionali con i servizi della rete; è responsabile delle attività assistenziali in termini di continuità, di integrazione e sviluppo di percorsi orientati al cittadino-utente.

Il Responsabile della struttura promuove la formazione identificando l'Hospice come uno dei luoghi privilegiati di formazione e ricerca nell'ambito delle cure palliative:

- educazione continua rivolta agli operatori interni;
- formazione rivolta agli operatori esterni;
- ricerca clinica e in scienze umane e sociali;
- ricerca nelle scienze infermieristiche.

Promuovere l'allattamento al seno: una campagna di comunicazione della Regione Toscana

MONICA PIERATELLI - IGINO GIANI
Osservatorio Regionale per l'Allattamento al Seno

Allattare al seno è sempre stato un atto naturale. Ma nell'ultimo mezzo secolo, con lo sviluppo sociale, i grandi cambiamenti nelle famiglie e nel lavoro e la prepotente invasione, nelle scelte della popolazione, delle pressioni commerciali, la modalità normale di nutrire il cucciolo dell'uomo è sembrata l'allattamento al biberon.

Oggi, su questo tema, dopo anni di buio anche culturale, si sta nuovamente affermando l'idea che il latte materno e la nutrizione al seno siano la scelta migliore per i bambini, le donne, ma anche per la famiglia e l'ambiente.

L'AAP (American Academy of Paediatrics) ripete che l'allattamento al seno esclusivo è il modello di riferimento a cui tutto va rapportato e che il latte della mamma rimane sempre e comunque superiore a qualsiasi latte artificiale. Lo sottolineano da anni i documenti OMS- Unicef con i loro accurati report dedicati all'alimentazione globale. Le Società scientifiche (in Italia SIP, SIN ed ACP per citare le più note) non perdono occasione per valorizzare il ruolo dell'allattamento al seno. Tra i sindacati di categoria, la FIMP ha stipulato un accordo ad hoc con il Comitato italiano dell'Unicef per la promozione dell'allattamento.

A sua volta il Ministro della Salute ha prodotto articoli in cui la promozione dell'allattamento al seno è chiaramente presente tra le azioni nel nuovo Piano Sanitario Nazionale e nel recente Programma "Guadagnare salute", assieme ad altri elementi che incidono sugli stili di vita.

Da molti anni la Regione Toscana è impegnata nel settore, grazie anche all'impegno dell'Osservatorio Regionale dedicato. Molte energie vengono investite in termini di formazione, organizzazione, monitoraggio sia negli ospedali che nel territorio al fine di raggiungere gli standard di avvio e di durata dell'allattamento al seno suggeriti dall'OMS.

Sostenere l'allattamento materno vuol dire necessariamente migliorare e collegare diversi momenti del percorso nascita: così molte pratiche sanitarie vengono rivisitate, molte routine ospedaliere cambiano e molti miti si dissolvono.

Dopo gli Ospedali Riuniti della Valdichiana Senese nel 2002, anche l'Ospedale del Mugello, nel dicembre 2006, ha raggiunto l'ambito titolo OMS/Unicef di "Ospedale Amico del Bambino" per aver modificato comportamenti e pratiche secondo modelli oramai considerati i migliori in Europa. Altri Punti nascita della Regione si stanno muovendo nella stessa direzione e sono ormai vicini al riconoscimento. Il territorio ed i consultori sono sulla stessa linea.

Ma oggi la Regione Toscana non si occupa solo di soggetti bisognosi di assistenza e cure; sempre di più l'obiettivo della salute è proposto nell'ottica della prevenzione e della promozione di corretti stili di vita: l'allattamento al seno rientra a buon titolo fra le azioni a minor costo (quasi zero, in realtà) con i maggiori vantaggi.

È ampiamente dimostrato che il latte materno esclusivo per 6 mesi garantisce il miglior apporto nutrizionale e la migliore protezione verso le infezioni sia durante che dopo la fine dell'allattamento, con effetti positivi sulla salute globale anche a distanza.

Esistono sicuri benefici per la madre e per la qualità del legame affettivo madre/bambino; ci sono segnalazioni anche a vantaggio del quoziente intellettivo del piccolo.

Ancora non sufficientemente studiati, quantificati e valorizzati sono i vantaggi socio-economici e ambientali dell'allattamento, cioè il risparmio di risorse per famiglie, società e per l'intero nostro pianeta così sfruttato.

Insomma allattare al seno non è un tema che interessa solo operatori e ambienti sanitari, ma sempre di più è una scelta culturale che coinvolge la società, le famiglie e la capacità delle donne di decidere in piena consapevolezza ed autonomia.

La campagna di comunicazione sull'allattamento al seno, diffusa su tutto il territorio regionale a partire dal 9 luglio prossimo venturo, propone un'approccio che punta a desanitarizzare il tema e a privilegiare la consapevolezza e la naturalità della scelta.

Testimonial della campagna, bambini e bambine di alcuni mesi, che possono godere dell'alimento migliore nel contesto migliore per aumentare il loro patrimonio di salute sin da subito dopo la nascita.

Il target principale sono le donne in gravidanza, tutte le donne in età fertile pronte ad una corretta informazione, ma anche le famiglie che aiutano e sostengono la madre in un momento così bello, se pure faticoso e non privo di difficoltà oggettive, considerati i problemi della vita quotidiana.

La campagna prevede un insieme di strumenti che vanno dalle grandi affissioni, agli spot televisivi, alla stampa quotidiana e Free press, al digital marketing, a pagine web sul sito della sanità regionale www.salute.toscana.it.

È inoltre disponibile un numero verde per coloro che vogliono chiarire dubbi o abbiano difficoltà, collegato alla rete di operatori degli ospedali e dei consultori. Questa è un'altra occasione per ricordare che nel nostro territorio sono distribuiti capillarmente molti servizi pronti a sostenere l'allattamento al seno e capaci di aiutare a risolvere problemi specifici sul tema. La Toscana è ricca di ospedali, consultori, ambulatori, ostetriche, infermiere, pediatri, associazioni di volontariato appositamente formati. Tante strutture, tanti operatori e tanti cittadini sempre più interessati a costruire una "Comunità Amica dei Bambini" e a valorizzare una scuola che tenga presente questi argomenti nei percorsi formativi delle generazioni future.

Programmi ambiziosi? Forse, ma ci sembra la strada giusta.

Lotta al dolore e alla sofferenza

Un salto di qualità

LUCA LAVACCHI

*Medicina del Dolore e Palliativa, Azienda Usl3 Pistoia
Coordinatore Area Vasta Centro Comitati Ospedale senza Dolore*

Il dolore come viene definito dalla IASP (International Association for the study of pain) è una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale. Interessarsi di dolore significa farsi carico della sofferenza di una persona in tutta la sua storia fisica, psicologica, spirituale e sociale.

Ritengo che merito dei sanitari che si occupano di sofferenza, algologi e palliativisti sia quella di aver riproposto ad una medicina sempre più tecnologica e specialistica l'uomo con la sua storia di malattia che è sempre unica di quel soggetto in quel momento della sua vita.

Sia gli algologi che i palliativisti pongono come loro obiettivo principale la qualità di vita della persona cercando di lenire le sofferenze e permettere una vita dignitosa anche in malattie croniche o in fasi avanzate di malattia.

A livello nazionale è proprio di questi giorni la nascita di una commissione ministeriale sulla Terapia del Dolore, Cure Palliative e la dignità di fine vita a dimostrazione che la lotta al dolore e alla sofferenza deve mantenere una sua unitarietà e necessita un nuovo impulso per garantire questo diritto a non soffrire ai cittadini.

Senza dubbio in questi anni si sono fatti passi avanti nella sensibilizzazione e nella diffusione di una cultura sulla lotta al dolore sia fra i sanitari che i cittadini.

Il decreto n. 149 del 2001 che indicava le linee guida per la costituzione in ogni Azienda Sanitaria del Comitato Ospedale senza Dolore ha rappresentato una tappa fondamentale per porre l'attenzione sulle tematiche del dolore e della sofferenza in un'ottica multiprofessionale e interdisciplinare.

La Regione Toscana, fra le prime a livello nazionale, ha recepito questa Direttiva e ha dato un contributo notevole all'attenzione alla lotta al dolore definita nell'ultimo PSR un diritto del cittadino.

L'interesse si è rivolto principalmente:

- 1) alla rilevazione del dolore e alla misurazione di una sua dimensione, l'intensità, pur sapendo che il pianeta dolore è multidimensionale e molto più complesso;

- 2) alla diffusione di un approccio generico al dolore da parte di ogni operatore sanitario.

Questa impostazione ha avuto il merito educativo di richiamare l'attenzione:

- 1) su un tema per troppo tempo un po' negletto dalle strutture sanitarie;
- 2) sullo scarso utilizzo dei farmaci analgesici per eccellenza quali gli oppiacei.

Dopo questa fase, che ovviamente dovrà essere ulteriormente rafforzata, è però necessario un vero salto di qualità che diffonda e qualifichi gli operatori e le strutture che dovranno farsi carico del più complesso quadro della malattia dolore e di quel dolore totale tipico del paziente oncologico in fase avanzata.

Infatti il panorama della nostra regione mette in evidenza una disomogeneità dei Servizi di Medicina del Dolore e Palliative e una carenza di Hospice, questo non garantisce, su un tema così delicato, una parità di assistenza a tutti i cittadini nei vari territori.

Il già sopracitato Decreto Veronesi del 29 giugno 2001 indicava la necessità di attivare servizi di Terapia del Dolore e Cure Palliative in ogni Azienda inoltre, varie direttive Nazionali e un interessante lavoro dell'Istituto Toscano Tumori indicano standard precisi per le strutture residenziali Hospice che non possono essere confusi né con le RSA né con gli Ospedali di Comunità.

Anche l'incremento che in questi anni si è avuto dell'utilizzo dei Farmaci Oppiacei mette in evidenza la necessità di una maggiore appropriatezza prescrittiva che risponda ai criteri della scientificità e non alle logiche del marketing a dimostrazione che una presenza specialistica è importante per promuovere percorsi, procedure, raccomandazioni e programmi formativi continui.

Quindi la lotta al dolore e alla sofferenza che ha visto in questi anni una presa di coscienza da parte della società civile e delle istituzioni sanitarie necessita di un nuovo impulso per garantire effettivamente sul campo ai cittadini servizi efficienti sia in Ospedale che sul Territorio. **TM**



Chirurgia plastica in Africa centrale e in Tibet

DANIELE GANDINI

U.O. Chirurgia Plastica, Ospedale di Cisanello, Azienda Ospedaliera Pisana

LO ZAMBIA

Dal 1995 faccio parte del Comitato Medico di Interplast Italy, associazione di volontariato in Chirurgia Plastica Ricostruttiva (www.interplastitaly.it) e per sette anni consecutivi sono andato per un mese all'anno ad operare in Zambia (Africa Centrale) presso un piccolo ospedale missionario, lo *Zambian Italian Hospital* di Lusaka, bambini con esiti di ustione e malformazioni congenite (labiopalatoschisi, malformazioni della mano ed altro) Interplast Italy ha avuto a Pisa fin dal 1995 come suoi attivi membri Paolo Santoni Ruggiu (già primario della Chirurgia Plastica dell'Ospedale S. Chiara di Pisa) e me, che insieme abbiamo vissuto la settennale esperienza zambiana, per poi spostarci ad operare in altri paesi del mondo, Paolo Santoni prima in Iraq e poi in Cambogia ed io in Tibet e Cina.

Il piccolo ospedale zambiano dove abbiamo operato nella ex Rhodesia, fa parte della "Cheshire Home Society", grande associazione internazionale per l'assistenza agli orfani dei paesi del terzo mondo, fondata negli anni sessanta da Sir Leonard Cheshire, che negli anni 1944-45 fece parte del gruppo di ricercatori e militari che costruirono e successivamente ricevettero purtroppo l'ordine di lanciare le due bombe atomiche su Hiroshima e Nagasaki.

Nei decenni successivi, Cheshire, molto ricco di famiglia, probabilmente moralmente provato per quello che gli fu ordinato di fare, fondò la più grande rete mondiale di strutture per l'assistenza agli orfani del terzo mondo, tutt'ora operante in moltissimi paesi poveri.

Nel 1995 quando iniziammo a lavorare a Lusaka, il piccolo ospedale aveva solo sei lettini pediatrici, nel 2004, grazie a fondi giunti in Zambia dall'estero lo *Zambian Italian Hospital* aveva raggiunto la quota di 30 letti suddivisi in tre grandi corsie. Il piccolo ospedale è diretto dalla suora missionaria italiana Egidia De Luca, in Africa da quaranta anni. Lo Zambia è stato sempre da noi raggiunto, via Londra, per un totale di circa 14 ore di volo, con la compagnia aerea inglese British Airways, che, quando fu necessario, nel 1996, portò in Italia una bambina zambiana gravemente ustionata che non poteva essere operata lì, trasportò, gratuitamente da Lusaka a Pisa la piccola paziente di tre anni e la suora che l'accompagnava.

Come sempre avviene nelle missioni chirurgiche di Interplast Italy, anche in Zambia doveva essere portato molto materiale per poter operare, acquistato grazie a finanziamenti e donazioni da noi ricevute da privati cittadini, enti e clubs di servizi come la Fondazione Cas-

sa di Risparmio di Pisa, il Rotary, la Misericordia, il Rotaract, l'Inner Wheel, l'Ammi ed altri. Anche se il piccolo ospedale missionario era già attivo e funzionante era necessario portarsi comunque molto materiale ed attrezzature, sia per la particolare tipologia degli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, ma soprattutto per non gravare sulle risorse economiche della piccola struttura che opera solo grazie agli aiuti umanitari che gli giungono dai paesi più benestanti.

IL TIBET

Dal 2004, anno dell'ultima missione a Lusaka, abbiamo deciso di spostare la nostra attività in altri paesi, questo perchè, con grande soddisfazione, a causa del grande numero di pazienti operati negli anni, le richieste di intervento in Zambia sono via via diminuite; inoltre, cosa molto importante, nei quasi sette mesi trascorsi a Lusaka dal 1995 al 2004 abbiamo potuto lavorare insieme e quindi insegnare, ad un chirurgo locale le tecniche di chirurgia plastica e metterlo quindi in condizioni di poter operare da solo, senza più l'aiuto di Interplast.

Nel 2005 ho perciò iniziato una nuova avventura di chirurgo plastico volontario, in Tibet, regione autonoma della Cina con enormi difficoltà e carenze dal punto di vista della sanità.



Daniele Gandini con un piccolo paziente tibetano in sala operatoria

La mia prima missione tibetana si è svolta a Shigatse, che è la seconda città del Tibet, dopo Lhasa; Shigatse si trova a quasi 4000 metri di altitudine, nella regione occidentale; la città, senza aeroporto né ferrovia, ha

come unici collegamenti con il resto del mondo due strade sterrate, una per Lhasa da cui dista circa 400 km ed una, sempre sterrata, ai limiti della praticabilità, la friendship highway, che la collega a Kathmandu (in Nepal), da cui dista circa 800 chilometri (tempo di percorrenza: 2 giorni di fuoristrada).

Il nostro team composto da medici ed infermieri ha raggiunto il Tibet da Roma, via Bangkok, è arrivato quindi in Nepal, e da lì ha raggiunto il confine tibetano (Cinese) con un vecchio elicottero sikorsky da carico e quindi ha proseguito in fuoristrada (500 km) con tutto il materiale al seguito fino a destinazione, valicando la catena dell'Himalaya fino ai 5000 metri di altitudine del passo di Tong-La da dove si può ammirare l'Everest (Chomolungma, cioè dea madre del mondo per i tibetani). In questa missione sono stati eseguiti da me e da Giancarlo Liguori, team leader della missione, 72 interventi ciascuno per un totale di 142 casi; si trattava perlopiù di bambini portatori di malformazioni del viso (labiopalatoschisi) ed esiti di gravi ustioni. A Shigatse abbiamo operato presso lo "Shigatse Hospital", struttura priva del minimo indispensabile all'attività sanitaria.

Il lavoro è stato reso possibile grazie ad una ingente quantità di materiale (circa 500 kg) portato dall'Italia. L'équipe di interplast infatti, quando si reca in questi luoghi si porta sempre tutto il necessario all'attività chirurgica (farmaci, kit sterili da sala operatoria, ferri chirurgici, apparecchiature per l'anestesia ed il monitoraggio dei pazienti, fili da sutura, materiale di consumo, ecc.).

La missione è stata resa possibile grazie alla collaborazione, sul posto, della Croce Rossa Svizzera e Tibetana, che hanno provveduto alla raccolta dei pazienti, e alla loro gestione durante il ricovero (in tende montate nel giardino dell'ospedale).

La mia seconda missione in Tibet, nel 2005, anch'essa insieme al collega Liguori, di Torino, Vicepresidente di Interplast Italy, si è invece svolta a Lhasa, la capitale del Tibet, che si trova a quasi 4000 metri di altezza, la città santa per il buddismo tibetano, sede di pellegrinaggi da tutto il paese ed antica residenza del Dalai Lama nel maestoso palazzo del Potala. La spedizione era composta da 10 persone: 2 chirurghi plastici, due anestesisti rianimatori, un pediatra, un medico internista, tre infermiere strumentiste, ed una collaboratrice. A Lhasa abbiamo lavorato presso il Municipal Peoples Hospital, un vecchio Ospedale statale a direzione Cinese.

In questa missione del 2005 siamo riusciti ad operare, in 15 giorni di sala operatoria, 75 pazienti ciascuno, per un totale di 151 pazienti, portatori anche qui, prevalentemente di labiopalatoschisi. Si trattava di persone generalmente molto povere, che non avrebbero avuto nessuna altra possibilità di farsi operare, dato che la maggior parte degli ospedali del paese effettua prestazioni sanitarie solo dietro il pagamento di quote spesso non alla portata di questa povera gente.

La mia ultima missione chirurgica in Tibet di quest'anno si è infine svolta a Yushu, una piccola città sperduta sull'altipiano tibetano, a circa quattromila metri di altitudine, nella regione del Quinghai (Cina). Yushu si trova in una zona non facile da raggiungere, essendo collegata al resto del mondo solo da una unica strada non asfaltata, al limite del praticabile, di circa mille chilometri, percorribile in non meno di diciassette ore, che arriva a Xining, città della Cina occidentale che a sua

volta si raggiunge da Shanghai, con scalo a Chengdu con cinque ore di volo e due cambi aerei; a questo vanno poi aggiunte le tredici ore per il tratto Pisa-Milano-Shanghai.

La strada da Xining a Yushu attraversa distese desertiche e passi di montagna spesso molto alti (fino a cinquemila metri) ed è molto dissestata a causa di frequenti frane. Questo ultimo tratto del viaggio lo abbiamo percorso a bordo di due vecchie autoambulanze cinesi e un camion per il materiale sanitario (circa 100 scatoloni contenenti tutto il necessario per operare).

Sia durante il viaggio che a destinazione, l'altezza elevata ha reso necessaria da parte nostra, l'assunzione di farmaci come l'acetazolamide, diuretico usato anche nell'alpinismo estremo, per prevenire l'insorgenza dell'edema cerebrale e polmonare da mal di montagna che può insorgere svolgendo una intensa attività fisica a quelle altitudini senza periodo di adattamento.



Una mamma col suo bambino operato di labiopalatoschisi

Questa nostra ultima missione, durata 20 giorni, si è svolta presso il piccolo "Yushu Prefecture Hospital", l'unico della cittadina di Yushu, che, a causa del suo isolamento geografico, ha ben pochi contatti con il resto del paese e tantomeno con il mondo occidentale, tant'è che nessuno, né pazienti né personale sanitario dell'ospedale, a qualunque livello, parlava una sola parola di inglese; i contatti con le persone sono stati perciò possibili solo grazie a due giovani interpreti tibetane, che in inglese ci facevano da tramite con pazienti, genitori dei bambini da operare e con i medici locali, che parlavano esclusivamente tibetano o cinese.

Anche a Yushu, potendo operare contemporaneamente su due letti operatori, come nelle precedenti spedizioni tibetane di Interplast, siamo riusciti a portare a termine, senza complicanze, 120 interventi in 13 giorni di attività chirurgica (i primi giorni, all'arrivo, sono sempre dedicati all'allestimento della sala operatoria, alla preparazione del materiale e allo screening dei pazienti, che informati dell'arrivo dei chirurghi plastici, arrivano sempre in gran numero).

In questo caso si trattava di persone molto povere, perlopiù allevatori seminomadi di yak che con le loro tende, le loro famiglie e gli animali, si spostano in estate per le valli tibetane per cercare i pascoli migliori; sono persone semplici e povere ma molto fiere, che sopravvivono con un reddito annuo pro capite di poco più di 200 euro, che vivono in comunità in continuo movimento e

si fermano al mercato di Yushu a vendere latte, carne, yogurt e burro di yak; tanti di loro appartengono all'etnia seminomade dei Kampa, con bellissime e antichissime tradizioni, vestiti dai colori sgargianti, monili coloratissimi di turchese, ambra e corallo e grandi pugnali con manico d'osso in cintura.

Queste povere persone sono praticamente senza assistenza sanitaria e non potrebbero mai permettersi le centinaia di euro necessarie per portare ad operare i loro bambini in Cina, infatti, dal grandissimo numero di casi da trattare, abbiamo constatato che a parte rarissimi casi, l'unica possibilità che hanno per guarire da malformazioni, ustioni e cicatrici deturpanti è quella dei medici volontari di Interplast.

A Yushu abbiamo operato pazienti di tutte le età, ma i bambini, spesso anche di pochi mesi, erano i più numerosi. La patologia più frequente (78 casi su 120) è stata ancora una volta la labiopalatoschisi che impedisce a questi bambini di parlare e mangiare correttamente oltre a provocare un grave danno estetico.

Abbiamo poi operato molte malformazioni della mano come la sindattilia e la polidattilia, anche interventi come quest'ultimo, apparentemente di minor importanza, possono essere fondamentali per quella gente;

ho infatti operato una ragazza diciottenne che a causa di un pollice ricurvo in più non riusciva a mungere bene gli yak, e per questo motivo, non era considerata da nessuno ai fini del matrimonio, dato che in quella realtà uno dei compiti svolti delle donne, oltre accudire ai figli e alla tenda-casa, è quello di mungere gli animali; ecco che un intervento per noi qui in Italia semplice e spesso superfluo, può risolvere, in quelle zone, la vita ad una persona.

Altra patologia molto frequente in quella regione sono gli esiti cicatriziali da ustione, spesso molto gravi, che se non trattati con interventi di chirurgia plastica possono impedire il movimento e quindi una vita normale alle persone.

Tutte queste patologie, sia congenite che acquisite, se non trattate con interventi di chirurgia plastica ricostruttiva rendono queste persone incapaci sia di inserirsi nel mondo del lavoro sia di avere una normale vita di relazione, con conseguenze immaginabili ovunque, ma in particolar modo in un povero paese dell'Africa centrale o in una remota regione dell'altipiano tibetano.

Info: mkgardini@tin.it

TM

Ricordo di Alberto Fonesu

Nel terzo anniversario della scomparsa del Prof. Fonesu, alcuni dei suoi allievi desiderano ricordarlo come scienziato e maestro ai lettori di Toscana Medica che, medici ormai maturi, lo hanno conosciuto come Professore di Patologia Generale.

Il Prof. Fonesu, arrivato a Firenze nell'anno 1962 all'età di 35 anni, colpì subito sia il corpo accademico sia gli studenti di quel tempo per la sua precoce formazione scientifica e maturità umana. Nonostante la giovane età, aveva già dato un importante contributo alla modernizzazione ed allo sviluppo della Patologia Generale con il suo lavoro di ricerca nelle Università degli Studi di Perugia e poi di Milano sotto la guida del suo maestro, il Prof. Enrico Ciaranfi. Aveva contribuito alla sua formazione scientifica un soggiorno presso il Department of Biochemistry della Oxford University, diretto dal Premio Nobel della Medicina, il biochimico Sir Hans Krebs. Grazie a queste esperienze, Alberto Fonesu ha dato vita, in collaborazione con la moglie Clara, ad una serie di studi all'epoca di particolare modernità, nei quali i classici concetti di Patologia Generale venivano arricchiti dalle sue conoscenze di biochimica cellulare. Particolarmente rilevante nel corso di oltre un trentennio, è stata l'influenza che Alberto Fonesu ha avuto nella vita della nostra disciplina che ha autorevolmente rappresentato e difeso a tutti i livelli soprattutto in anni in cui si manifestavano tendenze frazionistiche che volevano fare della Patologia Generale una materia ancillare alle discipline cliniche. La sua visione della Patologia Generale come materia fondante della preparazione medica è rimasta fino ad oggi patrimonio dell'organizzazione didattica nelle Facoltà Mediche in Italia.

Incalcolabile è il debito che la Patologia Generale fiorentina ha accumulato nei confronti del Prof. Alberto Fonesu, a partire dal lontano 1962, quando sotto la sua guida, diversi gruppi di ricerca, condotti da giovani ricercatori, hanno affrontato da più punti di vista il problema del controllo della crescita neoplastica. Ad ognuno di loro Alberto Fonesu garantiva un infaticabile supporto scientifico, organizzativo ed umano. Vorremmo anche ricordare il suo particolare rapporto con gli studenti che ha lasciato una traccia permanente nella nostra Facoltà di Medicina. Dotato com'era di una grande disponibilità e capacità all'ascolto, dedicava molte ore del suo tempo ad aiutare gli studenti più insicuri, tanto era convinto che, con la buona volontà e l'applicazione, ogni studente potesse raggiungere un livello di preparazione della Patologia Generale sufficiente per poter proseguire gli studi di Medicina; questo, pur essendo egli consapevole del grande impegno che la nostra disciplina richiedeva. Grazie alla sua lucidità mentale, al suo rigore e alla sua continua revisione critica della nostra disciplina, le lezioni di Patologia Generale del Prof. Fonesu hanno aperto le menti di numerose generazioni di studenti alle basi scientifiche della Medicina. A riprova di ciò, vorremmo sottolineare quanto frequentemente il Prof. Fonesu venga citato dai suoi ex-studenti, medici di oggi, come un maestro che ha contribuito significativamente alla loro formazione.

Il Prof. Fonesu è stato una forte personalità a cui l'autorevolezza veniva conferita dalla sua integrità morale oltre che dalla sua estrema onestà intellettuale. Credeva, senza infingimenti, nel valore della società accademica, in cui si muoveva con grande libertà, consentitagli dal suo spiccato senso della misura e dalla sua lealtà.

Prof. Salvatore Ruggieri - Prof. Massimo Olivotto - Prof. Gabriele Mugnai





Emicrania e triptani

Uno studio nella Usl di Empoli

ELEONORA PAVONE**, ROBERTO BANFI**, MONICA VAIANI**,
LUCILLA BALLONI**, ALESSANDRO PANCONESI*

* Medico medicina generale, Azienda Usl 11 Empoli
** Dipartimento del Farmaco, Azienda Usl 11 Empoli

L'emicrania è il più frequente problema neurologico riscontrato dai medici di medicina generale e dagli specialisti ed è una situazione clinica caratterizzata da alti tassi di incidenza e prevalenza nella popolazione generale. Al tempo stesso l'emicrania ha importanti ripercussioni sulla produttività occupazionale, personale e sulla qualità della vita. A fronte di questa situazione, l'emicrania rimane non diagnosticata e sotto trattata in almeno il 50% dei pazienti; inoltre meno del 50% degli emicranici ha consultato un medico. Inferiore al 50% è anche la percentuale dei malati ai quali viene diagnosticata l'emicrania dal medico di famiglia e meno del 30% attua una corretta gestione della patologia.

Storicamente i progressi terapeutici nel trattamento farmacologico dell'emicrania sono stati più basati sulla casualità che non sulla logica scientifica anche perché la diagnosi si basa quasi esclusivamente sulla storia clinica, sulla individuale percezione del dolore, e sulla soggettività del paziente, piuttosto che su specifici test diagnostici.

La storia della terapia mirata dell'emicrania inizia nel 1972 quando Humphrey indirizzò i primi studi sui triptani che portarono alla evidenza clinica ed alla introduzione di questi farmaci nel trattamento dell'emicrania negli anni novanta. I triptani sono farmaci che hanno praticamente una sola indicazione terapeutica e per questo si prestano bene ad essere utilizzati quali "traccianti" negli studi sull'emicrania in popolazioni selezionate.

D'altra parte, studi osservazionali condotti su popolazioni selezionate appartenenti a varie nazioni europee e agli Stati Uniti mostrano che l'uso dei triptani è basso (3-19% dei pazienti), in particolare in Italia dove i triptani vengono prescritti solo nel 3% dei pazienti con emicrania.

Il nostro lavoro ha avuto lo scopo di verificare sul campo l'esposizione di una popolazione ampia ed omogenea ai triptani ricorrendo al database delle prescrizioni farmaceutiche effettuate nel 2005 nella Azienda Usl11 di Empoli.

Su una popolazione di 224.065 residenti, i pazienti che hanno ricevuto una prescrizione di specialità a base di triptani nell'anno 2005, sono 1238 (circa 0,55%), 964 dei quali sono donne (77,9%) e 274 uomini (22,1%).

Le forme farmaceutiche per via orale, costituiscono il 94% delle prescrizioni totali. All'incirca il 60% dei pazienti trattati ha ricevuto una sola prescrizione (contenente 1 o 2 confezioni) di uno dei triptani in un anno, evidenziando un uso improprio di tali farmaci.

La distribuzione dell'età mostra che il 7% di coloro che usano i triptani, ha più di 65 anni e assume il 14% delle confezioni, soprattutto sumatriptan e zolmitriptan, che sono stati i primi farmaci appartenenti a questa classe ad essere commercializzati in Italia.

Abbiamo inoltre identificato 40 pazienti (3,2%) con età media di 53,8 anni che hanno ricevuto più di 120 dosi/anno in forma di compresse (>10 dosi/mese): questa percentuale può rappresentare i pazienti che fanno un uso non corretto della terapia (possibili abusatori di triptani).

Le Tabelle 1 e 2 mostrano il numero dei pazienti trattati, il numero delle confezioni e il valore medio della DDD/paziente/mese oltre alle caratteristiche di età e sesso dei pazienti trattati con triptani nel 2005 nella Azienda Usl 11.

Tabella 1 - Numero dei pazienti trattati, numero delle confezioni, (DDD)/paziente/mese.

Farmaco	Pazienti	Confezioni	DDD/paziente/mese
sumatriptan	187	1556	3,08
zolmitriptan	200	2549	2,86
rizatriptan	336	1950	1,43
almotriptan	208	1133	1,36
eletriptan	83	649	1,88
frovatriptan	224	690	1,19
	1238 (totale)	8527 (totale)	1,9 DDD (media)

DDD = defined daily dosage.

Tabella 2 - Distribuzione dell'età e sesso dei pazienti che hanno utilizzato triptani.

Età	15-44		45-64		65-74		75-84		> 85	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
sumatriptan	31	62	23	44	6	12	2	5	0	2
zolmitriptan	20	77	26	60	2	12	1	1	1	0
rizatriptan	39	136	31	117	2	8	0	2	1	0
almotriptan	19	97	12	67	2	5	2	3	0	1
eletriptan	10	42	4	21	0	5	1	0	0	0
frovatriptan	18	104	18	65	2	11	1	3	0	2
Totale	137	518	114	374	14	53	7	14	2	5

M = maschi, F = femmine.

Conclusioni

Nel trattamento dell'emicrania, assumendo come gold-standard terapeutico l'utilizzo dei triptani, i nostri dati indicano, nella popolazione in analisi, un trattamento farmacologico sub-ottimale: infatti considerando che la prevalenza dell'emicrania in Italia è di circa il 12% i nostri dati evidenziano che solo il 6% dei nostri assistiti utilizzano triptani per il trattamento dell'emicrania. I dati evidenziano inoltre un uso inappropriato del principio attivo in una percentuale di "abusers" e l'utilizzo negli anziani, popolazione a rischio per la possibile presenza di co-morbilità cardiovascolare.

Questi dati confermano che per una migliore cura

del paziente, ma anche per una riduzione globale dei costi sociali e sanitari di questa patologia, è necessaria l'implementazione di programmi di formazione per i medici di medicina generale ed esiste l'esigenza di creare con gli specialisti una efficiente rete di servizi dedicati alla diagnosi e cura dell'emicrania e delle cefalee in genere, condizioni patologiche che sono presenti in circa il 45% della popolazione e che sono considerate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità fra le prime 10 condizioni più disabilitanti e nelle donne fra le prime 5.

Si ringrazia la ditta Marno srl per il supporto tecnico fornito nella analisi delle prescrizioni mediche. **TM**

L'era dell'eccesso e della compulsione

SANDRO DOMENICHETTI

Psichiatra, ASL Firenze

LA DIPENDENZA

Il tema della dipendenza è quanto mai attuale per motivi sia psicopatologici che culturali, sia perché questa è una condizione mentale tipica del nostro tempo, in cui rappresenta una importante fonte di sicurezza sostitutiva rispetto alla crisi delle certezze dei valori, sia perché l'instabilità o la precarietà delle istituzioni relazionali tradizionali quali la coppia e la famiglia, tende a selezionare stili di attaccamento ambivalenti o conflittuali e a favorire la formazione di legami affettivi incostanti o deboli. Ne deriva, a livello intrapsichico profondo, una labilità dell'"oggetto d'amore" che entra in risonanza con fattori della personalità e con elementi di vulnerabilità spesso dovuti a traumi pregressi.

Inoltre, dato che la dipendenza è un tratto strutturale, le diverse forme che essa può assumere in uno stesso soggetto sono a stento contemplate dagli attuali sistemi nosografici, come il DSM-IV, e variamente rubricate in esso, e possono pertanto condurre a registrare più disturbi mentali forse solo apparentemente in comorbilità, quando invece una dimensione di spettro psicopatologico sarebbe più appropriata per

inquadrare e descrivere la continuità e la contiguità delle forme di dipendenza. Lo spettro impulsivo-compulsivo si conferma come quello più adeguato.

Nella **Dipendenza Affettiva** chiamata anche co-dipendenza, condizione multidimensionale associata con o dovuta a una focalizzazione su bisogni o comportamenti altrui, si mette in evidenza, in età infantile, un'esposizione nell'ambiente familiare a regole oppressive che sono state in grado di coartare un'aperta espressione dei sentimenti. Tale osservazione è del tutto congruente con la teoria del falso-Sé di Winnicott, intorno alla quale ruota la maggior parte delle concettualizzazioni in questa particolare area della dipendenza. Nella medesima direzione si muovono altre osservazioni: come la "malattia del Sé perduto", oppure la cosiddetta "sindrome del bambino adulto" (*adult child syndrome*), in cui si verificano i seguenti accadimenti psicopatologici: 1) blocco nello sviluppo dell'identità personale, 2) iperreattività al mondo esterno, alle cui esigenze ci si conforma ansiosamente e indiscriminatamente per mantenere un adeguato livello di autostima, 3) iporeattività al mondo interno, per l'appunto trascurato e disatteso, per

certi versi negato e quindi coartato.

Secondo un'altra linea interpretativa la forma di dipendenza che si instaura nei soggetti co-dipendenti è del tutto simile alle caratteristiche del disturbo borderline di personalità e nella fattispecie ne condivide gli aspetti di: 1) dispersione o diffusione dell'identità, 2) sensazioni e vissuti di vuoto cronico e 3) impulsi e compulsioni, sullo scenario di un Io strutturalmente debole. Tutto questo richiama l'importanza di esperienze "biologiche e mentali" strutturanti quali: *Fusione* (la fantasia di essere tutt'uno con la madre), *Simbiosi* (stato d'interdipendenza sociobiologica tra bambino e madre), *Dipendenza e Individuazione*, di cui si trovano segni in ogni periodo di vita, all'interno di relazioni oggettuali precoci che forniscono al bambino piccolo un ambiente dentro cui la comprensione degli stati mentali degli altri e di se stesso possa avere un pieno sviluppo. L'autoriflessività così come l'abilità di riflettere sulle menti degli altri sono abilità da costruire, che evolvono (oppure no) nelle relazioni primarie.

Freud, opinabilmente, vedeva l'infanzia come un periodo in cui il sé vede gli altri come estensioni di se stesso; personalmente penso all'opposto che il Sé sia un'estensione dell'esperienza dell'altro.

Nel 1954, Olds e Millner evidenziarono l'esistenza di sistemi endogeni cerebrali correlati funzionalmente alla gratificazione e al cosiddetto "reward" (ricompensa-rinforzo). Numerosi studi successivi hanno confermato che un ruolo preminente, in tale fenomeno, sia mediato dai sistemi mono-aminergici cerebrali, soprattutto dalla dopamina. Wise, successivamente, propose un'ipotesi dopaminergica della ricompensa/anedonia. Secondo tale ipotesi le proprietà di rinforzo degli stimoli gratificanti e motivazionali, incondizionati, quali cibo, acqua, sesso e droghe d'abuso non solo sarebbero mediate dal tono dopaminergico meso-cortico- limbico, ma tale sistema modulerebbe anche l'apprendimento condizionato di rinforzi secondari. La teoria di Wise è stata accettata ampiamente dalla comunità scientifica, per cui la dopamina è stata identificata, in quest'ambito di studi, come il "neurotrasmettitore cerebrale del piacere". Sebbene i circuiti neuronali dopaminergici meso-cortico- limbici svolgano un ruolo rilevante nei meccanismi della ricompensa ed in tutte le condizioni cliniche in cui la capacità di provare piacere risulta alterata, il coinvolgimento funzionale di altri importanti sistemi neurotrasmettitoriali è stato evidenziato sperimentalmente. In particolare, alcuni studi farmacologici hanno evidenziato l'importanza relativa:

- del tono oppioide a livello del nucleo accumbens;
- del tono GABAergico tronco-encefalico;
- del tono noradrenergico e serotoninergico.

Indubbiamente la dopamina appare funzionalmente correlata alle fasi anticipatorie, appetitive, preparatorie e motivazionali al comportamento d'approccio allo stimolo gratificante, nonché all'apprendimento condizionato di rinforzi secondari. Gli altri sistemi neuro-trasmettitoriali sarebbero coinvolti soprattutto nelle fasi pre-motivazionali e/o consumatorie, propriamente gratificanti, del rapporto con lo

stimolo approcciato. L'attività funzionale del sistema cerebrale di ricompensa e la connessa capacità edonica, secondo alcuni studiosi, potrebbe essere distinta in tre componenti fondamentali:

1. l'impatto edonico;
2. l'apprendimento della ricompensa;
3. l'efficacia dell'incentivo a stimolare o deprimere "il piacere".

Risulta evidente come queste diverse componenti siano evidenziabili anche nell'uomo, soprattutto, in rapporto ai fenomeni di "craving" per le sostanze d'abuso, ma anche per cibo, alcol, sesso e gioco d'azzardo. La "disedonia" (disregolazione omeostatica edonica) potrebbe, perciò, correlarsi, non solo ad alterazioni funzionali della capacità di provare piacere, ma anche ad alterazioni funzionali della capacità di desiderare stimoli gratificanti, in un approccio concettuale di spettro psicopatologico, che potrebbe includere non solo depressione maggiore e schizofrenia, ma anche disturbi da abuso di sostanze, disturbi dell'alimentazione, alcolismo, disturbi del controllo degli impulsi e disturbo "borderline" di personalità secondo il DSM-IV. La definizione di dipendenza patologica da sostanze enfatizza due importanti fenomeni: una compulsione ad assumere la sostanza (*craving*) con perdita del controllo a limitarne l'uso ed una caratteristica sindrome d'astinenza che insorge, con sintomi e segni fisici e motivazionali di malessere, quando la droga viene sospesa. Il "craving" (appetizione compulsiva) sembra essere il comune denominatore, l'essenza stessa, delle dipendenze patologiche. Il "craving" è associato ad un ampio spettro di condizioni psicopatologiche, che include i disturbi mentali organici, i disturbi dell'umore (depressione stagionale), i disturbi dell'alimentazione (bulimia), i disturbi del controllo degli impulsi ("gambling" patologico, etc.). Il "craving" rappresenta il desiderio intenso ed irrefrenabile di assumere una sostanza o di agire un impulso, i cui effetti sono stati già sperimentati, in precedenza, questo desiderio può assumere le caratteristiche dell'impellenza e della compulsività, soprattutto in presenza di specifici e particolari stimoli e rinforzi, interni o esterni. La ricerca di un equilibrio omeostatico edonico può motivare comportamenti diversi da quello di ricerca ed assunzione di sostanze. In questa prospettiva, infatti, le dipendenze da sostanze, i disturbi dell'alimentazione, i comportamenti talora estremi e pericolosi, esibiti da molti adolescenti e giovani, interpretabili nell'ambito concettuale del "Sensation Seeking Behavior" di Zuckermann e/o del "Novelty Seeking" di Cloninger, il "gambling" patologico, molti altri disturbi del comportamento con caratteristiche compulsive e/o impulsive, nonché molti altri quadri psico-patologici, relativamente disomogenei sul piano diagnostico categoriale, potrebbero trovare nel contesto teorico della "disregolazione omeostatica edonica" una nuova chiave di lettura, con importanti conseguenze sul piano clinico e terapeutico.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: sanddom@libero.it

TM

Incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche

Risultati di uno studio condotto nella Asl 10 di Firenze

ANNA PATRIZIA POLI^o, PIERLUIGI TOSI^{*}, ANGELO BARONI[#],
A. BARCHIELLI^{oo}, GIOVANNA PAGGI[§], VITTORIO DE LEONARDIS^{**}

^o Coordinatore Aziendale Igiene e Infezioni Ospedaliere, Asl 10 Firenze

^{*} Direttore Sanitario Aziendale, Asl 10 Firenze

[#] Vice Direttore Sanitario, Asl 10 Firenze

^{oo} Responsabile U.O. Epidemiologia, Asl 10 Firenze

[§] Responsabile Rischio Clinico, Casa di Cura Villanova Firenze

^{**} Direttore Sanitario, Casa di Cura Villanova Firenze

Le infezioni nelle strutture sanitarie continuano a rappresentare un problema rilevante. Esse hanno infatti un impatto notevole sia in termini sanitari, data la morbilità e mortalità associate, sia in termini economici per le giornate aggiuntive di degenza e gli interventi assistenziali necessari per la loro diagnosi e il loro trattamento. Inoltre, rappresentano un indicatore importante e sensibile della qualità dell'assistenza prestata: ai tradizionali rischi legati a problemi di igiene ambientale si associano infatti quelli derivanti da comportamenti, pratiche professionali e assetti organizzativi inadeguati.

Studi nazionali indicano che la frequenza con cui compare una complicanza infettiva è pari al 5-10% per i pazienti ricoverati in ospedale, al 5% per i pazienti residenti in strutture per anziani ed all'1% per i pazienti assistiti a domicilio.

In Toscana la stima delle infezioni ospedaliere è di 35.000 casi/anno; ad esse sono attribuibili 350 decessi e 630.000 giornate degenza/anno con un tasso di prevalenza del 4,9%.

Questo studio sull'incidenza delle infezioni del sito chirurgico è stato condotto nei seguenti Presidi della Asl 10 di Firenze: S. Maria Nuova, S. Maria Annunziata, Nuovo S. Giovanni di Dio, Ospedale del Mugello e Ospedale Serristori. Ha partecipato allo studio anche un'Azienda privata con sede nel territorio della ASL di Firenze: la Casa di Cura Villanova.

Lo studio è stato progettato per rispondere ai seguenti obiettivi:

- Stimare l'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica a 30 giorni di distanza da un intervento. Sono stati selezionati alcuni tipi di intervento chirurgico, prevalentemente fra quelli puliti e puliti-contaminati.
- Identificare e ridurre il rischio di acquisire e trasmettere infezioni tra paziente e personale sanitario mirando su attività e processi che coinvolgo-

no direttamente o indirettamente la cura del paziente.

- Correlare il rischio infettivo alla tipologia dell'intervento chirurgico, alla classe ASA, alla durata dell'intervento, ai regimi di profilassi ed eventuale terapia antibiotica per gli interventi inclusi nello studio.

Allo scopo di garantire la confrontabilità e l'omogeneità dei dati raccolti, sono stati arruolati consecutivamente in un periodo di due mesi (febbraio-marzo 2006), previo rilascio del consenso informato, tutti i pazienti ricoverati in UU. OO. di Chirurgia Generale e di Ostetricia e Ginecologia per:

- colecistectomia (tradizionale e per via laparoscopica);
- riparazione di ernia inguinale, crurale o ombelicale con o senza impianto di rete;
- chirurgia del colon, incluse le anastomosi;
- isterectomia (per via addominale e per via laparoscopica) con o senza ovariectomia e/o salpingectomia;
- parto cesareo.

La rilevazione dell'infezione post-chirurgica è stata effettuata dai referenti medici e infermieri dell'Unità Operativa oggetto dello studio e del Nucleo Operativo per il controllo delle infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali. Lo studio è stato condotto tramite la compilazione di un'apposita scheda con rilevazioni effettuate al momento del ricovero, dopo l'intervento chirurgico ed alla dimissione. La scheda era completata con un'intervista telefonica di *follow-up* a 30 giorni dall'intervento.

Complessivamente sono stati arruolati 418 pazienti (di cui il 54,7% era di sesso femminile), 292 ricoverati in Chirurgia (69,9%) e 126 in Ostetricia e Ginecologia (30,1%). Nella Tabella 1 è riportato il numero dei pazienti per singolo Presidio.

Tabella 1 - Casistica arruolata per Ospedale e Reparto

Ospedale	Reparto	N°	%
Mugello	Chirurgia	63	15,1
	Ostetricia e Ginecologia	22	5,3
NSGD	Chirurgia	70	16,8
	Ostetricia e Ginecologia	55	13,2
OSMA	Chirurgia	25	6,0
	Ostetricia e Ginecologia	49	11,7
Serristori	Chirurgia	59	14,1
SMN	Chirurgia	66	15,8
Villanova	Chirurgia	9	2,2
Totale	418	100	

L'età media dei pazienti era di 55,3±18,5 anni. Il 32,8% presentava al momento del ricovero patologie concomitanti. In base al punteggio ASA (American Society of Anesthesiologists Classification System) il 70,1% della popolazione studiata era in buone condizioni di salute (ASA I), il 23,2% in ASA II e solo il 6,7% presentava un livello maggiore di

comorbilità (ASA III+).

Nella Tabella 2 è presentata la casistica suddivisa secondo le caratteristiche dell'intervento.

L'analisi dell'utilizzo della profilassi antibiotica è stata possibile su 404 di 418 pazienti (96,7%) ed ha indicato che nell'80,7% dei casi è stato utilizzato un solo principio attivo, nel 19,3% due o più principi attivi.

Per il 4,2% dei pazienti studiati, la somministrazione della profilassi antibiotica è iniziata il giorno precedente l'intervento, per l'88,2% immediatamente prima dell'intervento (14,1% in reparto e 76,1% in sala operatoria) e per il 5,6% nei giorni successivi l'intervento. La somministrazione è stata in un'unica dose per il 72,2%, in più dosi nelle 24 ore per il 9,1% e oltre le 24 ore per il 18,7%. La profilassi è stata effettuata con molteplici molecole di antibiotici. Le più utilizzate sono state: cefazolina (55,7%), cefuroxima (16,1%), amoxicillina-ac.clavulanico (6,6%), ceftriaxone (4,1%), amoxicillina (1,4%).

Tabella 2 - Caratteristiche degli interventi e dei pazienti oggetto dello studio

	Totale	Ostetricia e Ginecologia	Chirurgia
Interventi puliti	49,2%	54,8%	46,9%
Interventi puliti-contaminati	41,2%	45,2%	39,4%
Interventi contaminati	6,5%	0%	9,3%
Interventi sporchi	3,1%	0%	4,5%
Classe ASA 1	70,1%	93,7	59,9%
Classe ASA 2	23,2%	4,7%	31,2%
Classe ASA 3+	6,7%	1,6%	8,9%
Operati in urgenza	17,9%	34,9%	10,2%
In laparoscopia	68,4%	-	-
In anestesia generale	50,0%	22,2%	62,0%

La Tabella 3 riporta i dati relativi all'incidenza delle infezioni ospedaliere nella popolazione da noi studiata. I risultati mostrano che l'incidenza globale delle infezioni del sito chirurgico è del 4,1% e che,

pur con il limite di variabilità del fenomeno per la dimensione della casistica studiata, la percentuale di infezioni è lievemente superiore in chirurgia (4,5%), rispetto a Ostetricia e Ginecologia (3,2%).

Tabella 3 - Incidenza delle infezioni ospedaliere

	COMPLESSIVE (numero assoluto e percentuale)	OSTETRICIA E GINECOLOGIA (numero assoluto e percentuale)	CHIRURGIA (numero assoluto e percentuale)
Infezione del sito chirurgico	17-4,1%	4-3,2%	13-4,5%
Infezioni con altre localizzazioni	5-1,2%	4-3,2%	1-0,3%
Infezioni totali	22-5,3%	8-6,4%	14-4,8%

Raffrontando i nostri dati con quanto riportato in precedenti indagini, si può affermare che la percentuale di incidenza di infezione della ferita chirurgica nella popolazione da noi studiata è simile a quanto rilevato in altre Regioni del centro-nord (Friuli Venezia Giulia, Piemonte ed Emilia Romagna). Questo indica che le metodiche di sorveglianza intraprese dalle strutture sanitarie operanti all'interno dell'Azienda Sanitaria di Firenze hanno avuto un ruolo consistente. Il presente studio, primo nella nostra Area, rappresenta quindi un punto di partenza per una pianificazione delle azioni di miglioramento da

intraprendere, quali ad esempio il raggiungimento di una buona pratica clinica che risponda a comportamenti standard e la razionalizzazione della profilassi antibiotica che ancora oggi mostra difformità di comportamento sia sulla scelta della molecola sia sul timing della somministrazione.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: anna.poli@asf.toscana.it

TM

Indagine di valutazione della appropriatezza delle richieste di ecografie mammarie

BENIAMINO BRANCATO, MARCO ROSSELLI DEL TURCO, EMANUELE GORI*, GRAZIA COLLINI*, VITTORIO BOSCHERINI**, FRANCESCA MARTINELLI, STEFANO CIATTO

CSPO - Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica

*Azienda Sanitaria di Firenze

**Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

Il tema delle liste di attesa in ambito di diagnostica medica specialistica è di grande attualità e spesso fonte di critiche per il Servizio Sanitario Nazionale da parte dei mass-media. Nonostante nei tavoli di discussione tecnica si convenga che la lista d'attesa può conseguire ad un effettivo difetto di offerta, ma anche ad un eccesso di domanda impropria, di fatto negli ultimi anni abbiamo osservato:

1. un continuo potenziamento dell'offerta, con cospicuo aumento degli esami strumentali nelle strutture pubbliche e in quelle convenzionate;
2. la mancanza di qualsiasi provvedimento efficace atto a ridurre la domanda attraverso un controllo dell'appropriatezza.

Il tema dell'appropriatezza non è facile da affrontare, per la molteplicità delle motivazioni che possono giustificare la domanda, ma può risultare più facile negli ambiti ove è più facile stabilire un protocollo comportamentale in base a diverse possibili istanze di richiesta. È il caso dell'ecografia mammaria, il cui uso è regolamentato da precise raccomandazioni nazionali (FONCaM - Forza Operativa Nazionale sul Carcinoma Mammario - Linee Guida, 2005 - www.senologia.it) e regionali (Raccomandazioni cliniche per i principali tumori solidi, Istituto Toscano Tumori, 2004 - <https://www.itt.toscana.it>).

Al Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO) di Firenze è da molti anni in atto una attività di diagnostica senologica, di cui l'ecografia mammaria costituisce una buona fetta. Il numero delle ecografie senologiche effettuate dietro richiesta medica (escludendo quindi le ecografie mammarie nell'ambito degli approfondimenti dello screening mammografico) si è notevolmente incrementato nel tempo: a fronte di 6.130 ecografie effettuate nel 2001, si è passati alle 17.553 del 2006, ciò che equivale a un incremento del 186%. Ciononostante, la domanda di tali esami continua ad aumentare.

In base alle Linee Guida Regionali dell'Istituto Toscano Tumori vi è indicazione alla esecuzione dell'esame in questi casi:

1. donna asintomatica, con ecografia consigliata a seguito di mammografia negativa con seno radiologicamente denso, indipendentemente dall'età;
2. donna sintomatica, con mammografia recente;
3. donna sintomatica, senza mammografia recente, se con età < 40 anni;
4. donna sintomatica, con richiesta urgente, senza mammografia recente, se con età < 40 anni.

È inappropriata la richiesta dell'esame nei seguenti casi:

1. donna asintomatica, senza mammografia recente, indipendentemente dall'età (lo stato asintomatico prevede solo l'opzione di screening, e il test di screening primario è, nel caso, la mammografia);
2. donna sintomatica, senza mammografia recente, se con età ≥ 40 anni (l'esame indicato di prima istanza è la mammografia);
3. donna sintomatica, con richiesta urgente, senza mammografia recente, se con età ≥ 40 anni (l'esame indicato di prima istanza è la mammografia).

Al fine di definire la percentuale di indagini con richiesta inappropriata abbiamo valutato una serie consecutiva di 257 ecografie mammarie, giunte alla osservazione presso l'Unità Operativa di Senologia dal 3 al 16 gennaio 2007, con richiesta specifica di ecografia mammaria, a seguito di prenotazione attraverso il CUP (Centro Unico Prenotazioni) della Azienda Sanitaria di Firenze. Ogni richiesta di ecografia mammaria è stata classificata secondo le seguenti categorie:

1. **asintomatica, consigliata per seno denso:** pazienti asintomatiche che richiedono una ecografia perché consigliata dalla nostra struttura o da altro presidio di Senologia successivamente a una recente mammografia negativa ma con seno denso;
2. **asintomatica, senza mammografia recente:** pazienti asintomatiche che richiedono ecografia mammaria preventiva e che non hanno effettuato mammografia di recente.
3. **sintomatica con mammografia recente:** pazienti che hanno effettuato di recente una mammografia

e che richiedono la ecografia per indagare un disturbo al seno soggettivo o oggettivo. Oppure, esame consigliato, a scopo di controllo prudenziale, a un precedente esame ecografico di qualche mese prima;

4. **sintomatica senza mammografia recente:** pazienti che non hanno effettuato di recente una mammografia e che richiedono l'ecografia per indagare un disturbo al seno. Oppure, esame consigliato, a scopo di controllo prudenziale, a un precedente esame ecografico di qualche mese prima;
5. **urgenza:** pazienti sintomatiche che hanno una richiesta di ecografia "urgente" firmata dal medico curante.

La maggioranza (50,2%) degli esami ecografici

ha riguardato pazienti con meno di 40 anni d'età (Tabella 1).

Tabella 1 - Distribuzione per età

Età	Numero	%
< 40	129	50,2%
40-49	78	30,4%
≥ 50	50	19,5%
Totale	257	100,0%

La maggioranza delle ecografie mammarie (77,0%) ha riguardato pazienti che, indipendentemente dall'età e dal motivo dell'esame, non hanno effettuato una mammografia prima dell'esame ecografico (Tabella 2).

Tabella 2 - Distribuzione per motivo dell'esame

Motivo dell'esame	Numero	%
Asintomatica, seno denso	28	10,9%
Asintomatica, senza mammografia recente	124	48,2%
Sintomatica, dopo mammografia recente	24	9,3%
Sintomatica, senza mammografia recente	74	28,8%
Urgenza	7	2,7%
Totale	257	100,0%

Secondo quanto enunciato in precedenza, ai fini della valutazione di appropriatezza, il motivo dell'esame è stato correlato con l'età delle pazienti (Ta-

bella 3). Le celle di colore grigio rappresentano gli esami ritenuti appropriati.

Tabella 3 - Distribuzione per età e per motivo dell'esame

	Età			
	< 40	40-49	≥ 50	
Asintomatica, seno denso	1	22	5	28
Asintomatica, senza mammografia recente	66	36	22	124
Sintomatica, dopo mammografia recente	8	9	7	24
Sintomatica, senza mammografia recente	52	11	11	74
Urgenza	2		5	7
Totale	129	78	50	257

La Tabella 4 mostra come oltre la metà degli esami risulti inappropriata (59%). La percentuale degli esami inappropriati aumenta con l'età delle pazienti,

essendo del 51% sotto i 40 anni, del 60% tra i 40-49 anni e, infine, dell'76% dai 50 anni in su.

Tabella 4 - Conteggio delle ecografie mammarie appropriate e inappropriate, in rapporto all'età

	Appropriate		Inappropriate		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
< 40	63	49%	66	51%	129	100%
40-49	31	40%	47	60%	78	100%
≥ 50	12	24%	38	76%	50	100%
Totale	106	41%	151	59%	257	100%

L'analisi dei flussi della specialistica per la Regione Toscana mostra una distribuzione diversa per classi di età fra le donne sottoposte a ecografia mammaria nel 2004-2005 (Tabella 5). Infatti, in ambito regionale le pazienti che hanno effettuato un'ecografia risultano di gran lunga più anziane rispetto al campione in studio.

La differenza può essere spiegata con i criteri di selezione della casistica fiorentina (accesso con richiesta specifica di ecografia mammaria in prima istanza), mentre il flusso della specialistica regionale include tutti i soggetti che hanno eseguito ecografia, anche quelli che l'hanno fatta in seconda istanza, ad esem-

pio per approfondimento di sospetto insorto alla mammografia (cosa che tipicamente avviene nelle donne di ≥ 50 anni).

Pur non essendo possibile trasferire direttamente i risultati osservati nel campione fiorentino alla realtà regionale, anche assumendo molto prudenzialmente che solo la metà dei casi eseguiti a livello regionale abbia accesso in prima istanza all'ecografia, se a questi si applica il tasso di inappropriatezza osservato nel presente studio (59%), in base al costo tariffario dell'indagine (€ 36,15), si può ottimisticamente stimare che su base regionale annua le ecografie mam-

Tabella 5 - Distribuzione per età (CSPO vs. Regione Toscana)

	CSPO		Regione - 2004		Regione - 2005	
	N.	%	N.	%	N.	%
< 40	129	50,2	18.789	27,1	21.407	26,8
40-49	78	30,4	21.939	31,7	26.307	33,0
≥ 50	50	19,5	28.389	41,0	31.989	40,1
Totale	257	100,0	69.117	100,0	79.703	100,0

marie inappropriatamente prescritte abbiano comportato un costo ingiustificato di circa € 750.000.

E questo solo per un singolo esame diagnostico, probabilmente non diverso da tanti altri, solo più facile da definire quanto ad appropriatezza in base a protocolli condivisi. Facile immaginare quanto più alto possa essere il costo ingiustificato conseguente alle prescrizioni inappropriate di tutta la diagnostica radiologica.

In presenza di liste di attesa è giusto rispondere alla domanda con un aumento dell'offerta solo se la domanda sia giustificata. Quando la domanda è gravata da un tasso di inappropriatezza tale da giustificare da sola l'esistenza stessa delle liste di attesa, che non sussisterebbero se la richiesta fosse appropriata, la risposta logica non può essere che un adeguato controllo dell'accuratezza.

Sono pertanto auspicabili provvedimenti che, ri-

badando le indicazioni all'ecografia mammaria, secondo le Linee Guida Regionali dell'Istituto Toscano Tumori, vincolino la sua esecuzione nell'ambito del SSN solo alla prescrizione medica redatta in ottemperanza a tali indicazioni.

Tale obiettivo potrà essere raggiunto anche riconducendo la responsabilità prescrittiva agli effettivi induttori della domanda mediante l'applicazione della delibera 1038 del 24/10/2005 della Regione Toscana (*).

Questo sarebbe un esempio di buon governo clinico. Rispondere alla domanda impropria con un aumento dell'offerta avrebbe solo un fine demagogico.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: b.brancato@cspo.it

TM

(*) Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana, Le Aziende Sanitarie, le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali, Specialisti Convenzionati Esterni e dei Medici Specialisti Dipendenti, nel quale viene definito un modello di responsabilità professionale per la gestione del percorso di cura, nel quale tutti i professionisti si impegnano ad assicurare il governo della domanda sanitaria e si impegnano a prescrivere direttamente sul ricettario regionale le prestazioni sia farmacologiche che specialistiche e riabilitative ritenute appropriate al bisogno sanitario dell'utente secondo il principio di assunzione diretta di responsabilità professionale.



**Il nostro lavoro è
la vostra serenità!**

Residenza "Alfieri" - Lido di Camaiore

Struttura specializzata per la terza età.

Via Alfieri, 14 - 55043 Lido di Camaiore (LUCCA)
Tel. 0584.650.175 - Fax 0584.610.535 - E-mail: info.alfieri@dimogest.it

*Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.)
a due passi dal mare:*

- *Struttura inaugurata nell'estate 2006, immersa in un ampio giardino con alberi secolari e macchia mediterranea.*
- *Tutte le camere sono dotate di bagno privato, aria condizionata, TV, telefono e radio-allarme per la massima reperibilità del personale di assistenza.*
- *Camere con terrazzo privato e ampie terrazze comuni vista mare.*
- *Arredi speciali appositamente ideati per la sicurezza dell'ospite.*
- *Corridoi totalmente assistiti da corrimano per rendere più agevole e sicura la deambulazione.*
- *Sala polivalente attrezzata con apparecchiature multimediali per la fruizione di spettacoli cinematografici, televisione su megaschermo, ascolto musica e attività di socializzazione.*
- *Palestra attrezzata.*
- *Pavimentazione in materiali speciali per attutire i rumori.*
- *Assistenza medica, infermieristica e fisioterapica completa.*
- *Predisposizione per monitoraggi in telemedicina.*
- *Servizio ristorante particolarmente curato e aperto a parenti e amici degli ospiti.*
- *Sala di estetica con parrucchiere e podologo.*



LE DIMORE GESTIONI s.r.l. - www.dimogest.it
Residenze per la terza età dal 1990



L'utilizzo della tossina botulinica nelle lesioni ostetriche del plesso brachiale

SILVIA LORI^o, KATIUSCIA ROMANO^o, IDA MARIANI[^],
CLAUDIA SARNO*, SILVIA PAOLI*, ADRIENNE DAVIDSON*

^o Clinica Neurologica Pediatrica AOU "Meyer", Università di Firenze

[^] Centro di Riabilitazione Terranova Bracciolini

* Servizio di Riabilitazione Funzionale AOU "Meyer", Università di Firenze

INTRODUZIONE

Le Lesioni Ostetriche del Plesso Brachiale (LOBP), seppur considerate una patologia rara (incidenza dello 0.5-3/1000 su nati vivi a termine, nei paesi industrializzati) possono esitare in danni estetici e funzionali altamente invalidanti.

Classificate anatomicamente in tre gruppi – superiore, inferiore e totale (alcuni autori propongono un quarto gruppo come forma intermedia) – si caratterizzano per l'instaurarsi di un'alterazione funzionale e strutturale, che in relazione all'entità ed all'estensione del danno nervoso, si traduce in un deficit di

Anno XXI - n. 2 - Febbraio 2004 - pag. 44 Riabilitazione Oggi

Scheda 1
LESIONE OSTETRICA DEL PLESSO BRACHIALE
SCHEDA DI VALUTAZIONE (pag.1)

NOME E COGNOME

DATA ETA' del bambino

TIPO di LESIONE ETA' Recupero bicipite
















VALUTAZIONE ROM PASSIVO

Legenda 2: ROM = completo
1: ROM = incompleto
0: ROM = 0

SPALLA

Rom passivo		Deficit in gradi
abduzione	2 1 0	.....
flessione	2 1 0	.....
rotazione esterna		
- gomito addotto al tronco	2 1 0	.....
rotazione interna		
- mano sul sacro	2 1 0	.....
- mano sulla spalla opposta	2 1 0	.....
- mano sull'addome	2 1 0	.....

VALUTAZIONE ROM ATTIVO

	I	II	III
S C A L A	ARABUZIONE ATTIVA  Inferiore a 30°	 Da 30° a 90°	 Superiore a 90°
	ROTAZIONE ESTERNA  0°	 Inferiore a 20°	 Superiore a 20°
M A L L E T	MANO ALLA BUCCA  Impossibile	 Difficile	 Facile
	MANO ALLA SCHIENA  Impossibile	 SI	 TS
	MANO ALLA BOCCA  Trombettiere	 Trombettiere bene	 < 40° abduzione

GOMITO - AVAMBRACCIO

Rom passivo		Deficit in gradi
flessione	2 1 0	.....
estensione	2 1 0	.....
supinazione	2 1 0	.....
pronazione	2 1 0	.....

Scala di Gilbert e Raimondi modificata

Flessione GOMITO
0 - Assente o leggera contrazione
1 - Flessione debole
2 - Flessione buona

Estensione GOMITO
0 - Estensione assente
1 - Estensione debole
2 - Estensione buona

MANO

Rom passivo		Deficit in gradi
estensione polso	2 1 0	.....
chiusura mano	2 1 0	.....
apertura mano	2 1 0	.....
estensione pollice	2 1 0	.....
flessione pollice	2 1 0	.....

Scala di Raimondi - MANO

0 - Paralisi completa o lieve flessione delle dita; pollice non funzionale; no pinze.
1 - Lieve flessione attiva dita; no estensione polso e dita; avambraccio supinato.
2 - Estensione attiva polso con flessione passiva dita; pinza laterale passiva; avambraccio pronato.
3 - Completa flessione attiva polso e dita; il pollice abduce e oppone; no supinazione attiva.
4 - Completa flessione attiva polso e dita; estensione attiva polso; debole o assente estensione dita; buona opposizione pollice.
5 - Grado 4 più estensione attiva dita e prono-supinazione quasi completa.

Figura 1 - Scheda di valutazione del Rom attivo e passivo del gomito nelle lesioni del plesso brachiale.

varia gravità con “vizi” posturali. Le strategie terapeutiche utilizzate sono quelle chirurgiche (ricostruttiva e palliativa) e fisioterapiche. Negli ultimi anni si è “fatta strada” un’alternativa terapeutica con la Tossina Botulinica (TB).

I primi studi sul trattamento con TB nel LOPB sono del 2000/01 (Rollnik; Desiato).

RATIONALE ALL’USO DELLA TOSSINA BOTULINICA NELLE LOPB

Alla base delle limitazioni e dei deficit della funzione si instaura un danno del pattern motorio che può avere una doppia genesi, periferica e centrale.

La genesi periferica suppone che il danno sia dovuto ad una reinnervazione “errata” (aberrante)

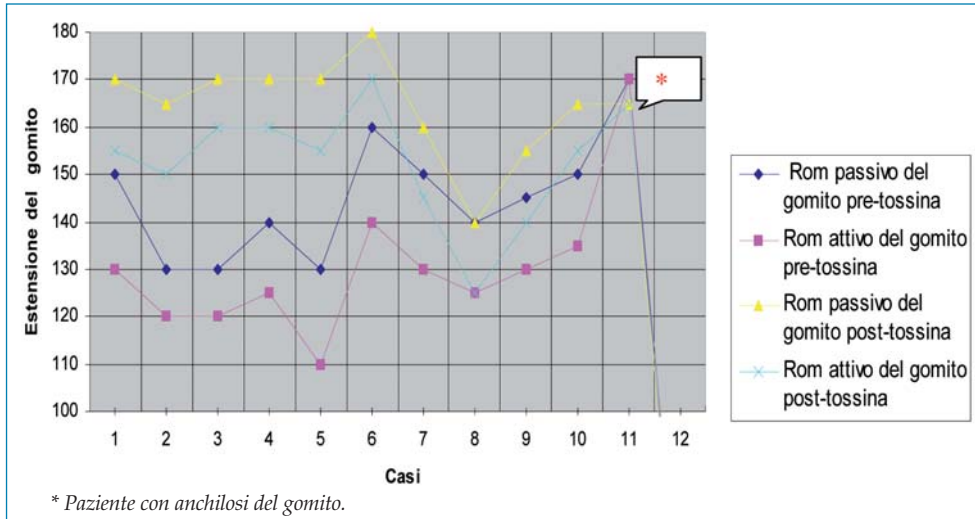


Figura 2 - ROM Passivo e Attivo Pre e Post-trattamento nel gomito.

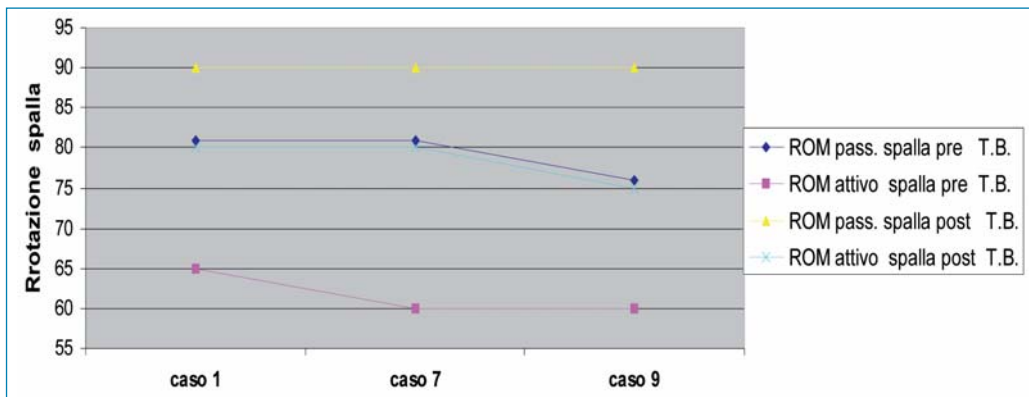


Figura 3 - ROM Passivo e Attivo Pre e Post-trattamento nella spalla.

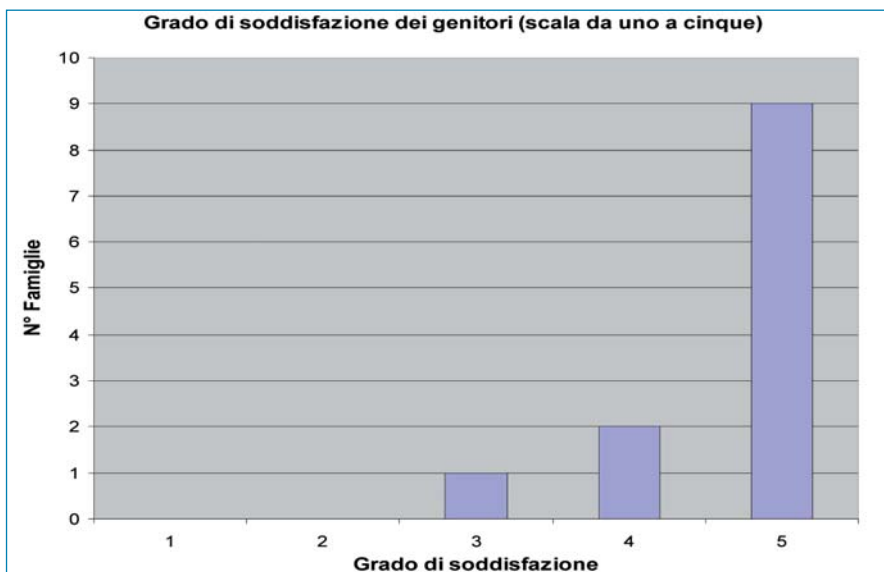


Figura 4 - Valutazione delle famiglie.

Tabella 1 - Protocollo per il trattamento con tossina botulinica

Criteri di selezione dei bambini candidati al trattamento con tossina	<ul style="list-style-type: none"> - diagnosi definita di LOBP con sbilanciamento fra agonisti ed antagonisti, che ostacolano il movimento articolare, a livello del gomito (flessione-estensione di gomito) e/o della spalla (intra-rotazione); - assenza di patologie concomitanti che presentano controindicazioni all'uso della tossina; - compliance del bambino e della famiglia al trattamento fisioterapico;
Valutazione clinica	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione collegiale (neurologo, neurochirurgo e fisioterapista) in un setting ambulatoriale adeguato; - coinvolgimento nella visita dei genitori, che possono indicare e precisare i dati anamnestici e le impressioni sui deficit funzionali; - compilazione di una scheda standardizzata e validata da parte degli operatori (Figura 1).
Colloquio con i genitori	<ul style="list-style-type: none"> - Si prospetta alla famiglia del bambino la possibilità di eseguire il trattamento con la TB, spiegandone il rationale e richiedendo l'approvazione con firma del Consenso Informato.
Trattamento con tossina botulinica	<ul style="list-style-type: none"> - avviene in regime di DH ambulatoriale con le seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> • Selezione del/i muscolo/i da trattare clinica e/o con studio emigrafico. • Preparazione della tossina botulinica di tipo A con diluizione appropriata (solitamente 1 cc di soluzione fisiologica per 100 UI nella formulazione Botox[®], 1-1,25 cc di soluzione fisiologica per 500 UI nella formulazione Dysport[®]). • Calcolo della dose sulla base di: peso del bambino (UI/Kg), tipologia di muscoli da trattare (range UI/dose), grado di deficit funzionale. Da tener conto che il rapporto fra formulazione Botox[®] e Dysport[®] è circa 1:3 UI. • Inoculazione locale (1-3 siti in base alla grandezza del muscolo) con ago-siringa da insulina per i mm. superficiali, inoculazione emg guidata, con appositi aghi monouso per mm. profondi. • Il ghiaccio è utilizzato prima della somministrazione a scopo anestetico e dopo l'inoculo per potenziare l'azione della tossina
Effetto farmacologico della TB	<ul style="list-style-type: none"> - Solitamente l'effetto "farmacologico" si attua entro le prime due settimane (7-10 gg) dal trattamento. - In tale periodo è indicato iniziare fisioterapia.
Follow-up clinico	<ul style="list-style-type: none"> - A 1, 3, 6 e 12 mesi con compilazione della scheda di valutazione insieme al/ai fisioterapista/fisioterapisti che seguono il bambino. - Viene proposto ai genitori un questionario sui benefici ottenuti (aumento di funzionalità dell'arto lesa) dopo il trattamento con tossina botulinica (Figura 4)
Ripetizione del trattamento con TB	<ul style="list-style-type: none"> - Eventuale ripetizione delle iniezioni di tossina (DH/ambulatoriale), effettuate non prima di 4 mesi dal trattamento con tossina/anno).

fra i muscoli agonisti-antagonisti che provoca decremento della capacità di movimento volontario; la genesi centrale suppone invece che il danno sull'arto sia provocato da un iposviluppo del pool motoneuronale (scarso input periferico), oppure (al contrario) da un'eccesso di terminazioni corticali su poche cellule che andrebbero in "tilt".

Come riportato da Hierner e Berger, la co-contrazione è il risultato di un'anomala reinnervazione nel sito della lesione (il muscolo coinvolto si contrae insieme al suo antagonista provocando un deficit nella selettività dei movimenti) che può manifestarsi sia nei recuperi spontanei che in quelli successivi alla chirurgia ricostruttiva.

Le condizioni che si creano a livello muscolare conducono ad anomalie muscolo-articolari strutturali durante la crescita, che aggravano ulteriormente il danno funzionale ma anche l'aspetto posturale-estetico.

Con queste premesse il presupposto all'uso della TB è quello di agire sullo sbilanciamento muscolare dovuto alle co-contrazioni, contratture o sincinesie, in modo selettivo, con i seguenti scopi: estetico (in fase tardiva-oltre i 2 anni) quando ormai si è strutturato il pattern funzionale alterato; funzionale (in fase precoce 0-2-anni) per favorire l'emergere di un

movimento più armonico, ma anche nell'ipotesi di consentire alla corteccia la costituzione di un nuovo pattern maggiormente efficiente, in un periodo di vita sensibile alla costituzione di schemi motori.

LA NOSTRA ESPERIENZA

Su 103 pazienti pediatriche affetti da LOBP, afferenti nel periodo 2000-2005 alla nostra UO di Neuroriabilitazione con la collaborazione del Dipartimento di Neuroscienze di Rovigo, 13 bambini, in età compresa tra 18 mesi e 14 anni, sono stati sottoposti ad un primo trattamento con TB.

La TB è stata utilizzata in 11 pazienti con contratture muscolari (7 casi su bicipite b.; 3 su bicipite b. e gran pettorale, 1 bicipite b., gran dorsale e sottoscapolare); in 2 bambini è stato trattato il tricipite brachiale per co-contrazione bicipite-tricipite.

I bambini sono stati selezionati sulla base del protocollo per il trattamento con TB, spiegando alle famiglie il rationale e le modalità di esecuzione del trattamento, in regime di DH ambulatoriale (Tabella 1).

Tutti i bambini, seguiti dal Gruppo di Studio sulle LOPB, hanno svolto prima e dopo il trattamento un programma di fisioterapia con frequenza di 2-3 volte alla settimana (Tabelle 2 e 3).

I risultati sono stati valutati in follow-up seriati

Tabella 2 - Protocollo FT fase pre-tossina

OBIETTIVI	TRATTAMENTO
Rilevare e valutare le limitazioni funzionali e i problemi riscontrati dal bambino e dalla famiglia	documentare il deficit articolare, muscolare ed i problemi funzionali dell'arto lesa tramite la compilazione della scheda di valutazione.
Individuare contratture, co-contrazioni suscettibili al trattamento con tossina botulinica	<ul style="list-style-type: none"> • palpazione dei muscoli; • misurazione con il goniometro di retrazioni muscolari; • confronto esame ROM passivo e ROM attivo; • osservazione della funzionalità.
Accompagnare la famiglia nel percorso terapeutico	<ul style="list-style-type: none"> • sostenere le informazioni mediche sugli effetti del trattamento con la tossina botulinica; • promuovere la partecipazione collaborativa del bambino e dei genitori al trattamento.
Incrementare l'estensibilità del muscolo contratto	<ul style="list-style-type: none"> • esercizi di stiramento del muscolo da trattare da insegnare anche ai genitori e da verificare lungo il percorso terapeutico; • confezionamento di splint (e verifica nel tempo) che mantengano lo stiramento del muscolo interessato.

Tabella 3 - Protocollo FT Fase post-tossina

OBIETTIVI	TRATTAMENTO
Migliorare il ROM passivo ed attivo a livello dell'articolazione trattata	<ul style="list-style-type: none"> • mobilizzazioni articolari passive; • esercizi di stiramento del muscolo da trattare da insegnare anche ai genitori e da verificare lungo il percorso terapeutico; • confezionamento di splint (e verifica nel tempo) che mantengano lo stiramento del muscolo interessato.
Promuovere e facilitare il recupero del movimento funzionale attivo e l'integrazione del braccio nello schema corporeo	<ul style="list-style-type: none"> • proporre specifici esercizi attivi; • proporre attività ludiche adeguate e ADL; • rinforzare l'agonista più debole.
Sostenere il programma domiciliare	<ul style="list-style-type: none"> • guidare la famiglia nelle adeguate attività da proporre al bambino; • guidare la famiglia nell'uso quotidiano degli splint.
Valutare l'eventuale possibilità di ripetizioni di tossina botulinica	controllare ad intervalli prestabiliti le variazioni di ROM passivo ed attivo e della funzionalità dell'arto lesa.

tramite la raccolta dati della cartella clinica, con scheda di valutazione (Figura 1).

Ai genitori è stato alla fine del follow-up sottoposto un questionario di gradimento (Figura 4).

RISULTATI

Tutti i pazienti trattati con TB di tipo A, hanno rilevato un miglioramento nella funzionalità dell'arto lesa; nei casi di contrattura vi è stato un guadagno del ROM fra 5° a 45° (valore medio di 15°). Unico insuccesso è stato osservato nel paziente di 14 anni (vedi Fig. 2) con grave flexum di gomito per presenza di anchilosi non evidenziata alla RM articolare e rilevata all'ecografia del gomito eseguita dopo il trattamento. (Fig. 2 e 3).

Entrambi i pazienti trattati con TB sul muscolo tricipite brachiale hanno migliorato la flessione attiva di gomito. Per il raggiungimento di questi risultati è stato, in tutti i casi, necessario il regolare intervento fisioterapico, che ha "potenziato" l'effetto farmacologico.

CONCLUSIONI

I dati attualmente disponibili permettono di concludere che il trattamento con TB nelle LOBP sembra rappresentare uno strumento di valido ausilio nel contesto di un approccio altamente integrato (medi-

co, fisioterapico ed, eventualmente, chirurgico) in una patologia che presenta importanti livelli di complessità, in termini di esiti funzionali ed estetici.

Questi risultati positivi hanno portato anche l'AI-FA (Associazione Italiana del Farmaco) ad appoggiare il nostro progetto di studio sulla TB, sottolineando le criticità esistenti ovvero la necessità di un coordinamento fra i vari centri di Specializzazione che utilizzano la TB e non meno importante la necessità di creare uno standard valutativo e di trattamento per le LOBP, in modo da raggiungere un protocollo validato e confrontabile che consenta ulteriori verifiche sull'utilizzo terapeutico della TB in queste forme. La finalità è quella di raggiungere l'ottimizzazione del recupero funzionale in una patologia che, seppur non frequente, risulta avere un grosso peso sociale per gli esiti invalidanti sul piano funzionale ed estetico.

Si ringraziano per la collaborazione il Dr. De Grandis, il Dr. Ferraresi e la Dott. Ravenni del Dipartimento di Neuroscienze di Rovigo.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: s.lori@meyer.it - k.romano@meyer.it

TM



Il testamento biologico

MARIELLA IMMACOLATO

Direttore U.O. Medicina Legale Az. Usl 1 di Massa Carrara;
Consulta di Bioetica Milano; Commissione Regionale di Bioetica Toscana

Si fa un gran parlare della crisi della relazione medico-paziente, della dilagante sfiducia degli utenti della sanità che alimenta un contenzioso divenuto ormai un costo non sostenibile, poiché assorbe una quota rilevante delle risorse destinate alla sanità. Ma gli interventi di ampio respiro per correggere questo trend negativo tardano ad arrivare. Uno di questi, a portata di mano, è sicuramente l'approvazione della legge che convalida il testamento biologico. Infatti, dare valore legale alle volontà anticipate significa dare fiducia alle persone, alla loro capacità di valutare i propri interessi nel campo della salute. Significa, in altre parole, riconoscere che i cittadini, i pazienti, sono interlocutori "credibili" in grado di riconoscere ed esprimere i propri problemi, le proprie aspettative e le proprie speranze. Le persone hanno piani di vita ed ideali diversi, che vogliono realizzare in modo autonomo: il testamento biologico consente di mantenere il proprio progetto nelle ultime fasi della vita.

Se la gente talvolta nutre diffidenza nei riguardi dei medici è anche perché si sente tenuta in disparte, senza nessun reale potere di influenzare le decisioni che li riguardano. Per avere fiducia nell'altro, in generale, e nella sanità, in particolare, occorre avere la certezza che la propria opinione conti, e che nessuno potrà eluderla senza la nostra adesione. Ma non solo questo: approvare la legge sul testamento biologico significa dare compiutezza alla rivoluzione culturale medica portata dalla bioetica che ha introdotto il consenso informato e i comitati etici nella pratica clinica.

Attualmente questa rivoluzione è vissuta con fatica dagli operatori sanitari che sperimentano sulla propria pelle, al letto del malato, la distanza che c'è tra la tutela dei diritti dei pazienti e la vaghezza o l'assenza del diritto in materia. Nelle scelte difficili, i medici sono lasciati soli a fare i conti anche con il rischio di essere accusati di fare troppo – l'accanimento terapeutico – o, all'estremo opposto, di fare troppo poco – l'abbandono terapeutico. E questa situazione di incertezza crea gravi difficoltà per la professione medica ed alimenta quei comportamenti che vengono adottati per giustificare le proprie azioni piuttosto che per il bene del paziente – la cosiddetta "medicina difensivistica". Approvare la legge sul testamento biologico significa abbandonare tutto questo e uscire

definitivamente dal vecchio modello paternalistico per intraprendere senza esitazione la strada della medicina partecipe, dove il medico ascolta per agire nel giusto e costruisce insieme al paziente non solo decisioni migliori ma anche quelle difficili.

Il numero di paesi che hanno introdotto nella loro legislazione il testamento biologico continua a crescere. La California è stato il primo esempio, a metà degli anni '70. Sono poi seguiti diversi paesi europei, tra cui Danimarca, Spagna, Belgio, Gran Bretagna e Olanda. Il primo dato di rilievo che emerge dall'analisi comparata delle diverse legislazioni è che, in tutti questi paesi, il riconoscimento giuridico del testamento biologico non ha spianato la strada – *slippery slope* – all'eutanasia. Anzi dal punto di vista normativo le due previsioni sono nettamente distinte trovando il testamento biologico sì fondamento nel principio di autodeterminazione, ma nella sua accezione di consenso informato, ovvero il paziente ha il diritto di scegliere tra cure alternative o di rifiutare una cura che non desidera. È bene sottolineare che il testamento biologico dà la stessa facoltà di decidere sulle cure del consenso informato e non amplia in alcun modo questo diritto nella direzione non consentita dalla normativa vigente e dal codice di deontologia medica. Nell'iter legislativo, la discussione sulla validità del testamento biologico nei vari paesi citati non è quindi stata posta in connessione con la questione dell'eutanasia. Questo vale anche per l'Olanda, dove la legge sul testamento biologico risale al 1995 mentre quella sull'eutanasia è del 2001. Questo fatto deve essere messo chiaramente in luce nel dibattito italiano, dove spesso i due ambiti vengono sovrapposti e confusi.

Il testamento biologico, quindi, non solo dà attuazione ad un diritto fondamentale della persona, ma è anche un aiuto concreto all'esercizio della pratica medica, che trova nelle volontà anticipate indicazioni precise per orientare l'azione nel rispetto dell'autonomia professionale del medico e della dignità del paziente.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a:
m.immacolato@usl1.toscana.it

TM



Le trasformazioni dei sistemi sanitari

I vecchi paradigmi - Bismark, Beveridge - non funzionano più

GAVINO MACIOCCO*, LAURA OMBRONI* E LORENZO ROTI**

* Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Firenze

** Asl 4 di Prato

I sistemi sanitari non sono più come quelli di una volta...

È passato il tempo in cui bastava pronunciare una parola e si capiva subito di cosa si parlasse.

Si diceva **Bismark** e si pensava al modello di *welfare state* introdotto in Germania alla fine dell'ottocento dall'artefice dell'unificazione germanica, basato su un triangolo di attori: a) le assicurazioni sociali obbligatorie, finanziate da imprese e dipendenti (ogni categoria di lavoratori la sua mutua); b) i produttori dell'assistenza (i medici e gli ospedali); c) lo stato (nella veste di regolatore del sistema). Vengono classificati all'interno di questo modello, oltre la Germania, i paesi dell'Europa centrale come Francia, Belgio, Svizzera, Austria e Olanda e il Giappone.

Si diceva **Beveridge** e si pensava all'economista inglese che – su commissione del governo Churchill – negli anni 40 del secolo scorso disegnò un nuovo modello di sistema sanitario pubblico: universalistico (il diritto all'assistenza era collegato alla cittadinanza e non all'appartenenza a una categoria di lavoratori) e finanziato dalla fiscalità generale (e non più dai contributi di dipendenti e imprese). Beveridge quindi come sinonimo di sistema monolitico in cui lo stato ricopre tutti i ruoli (finanziatore, programmatore, gestore, erogatore) e soddisfa tutti i bisogni (prevenzione, cura, riabilitazione – cure primarie e assistenza ospedaliera). Vengono classificati all'interno di questo modello, oltre la Gran Bretagna e l'Irlanda, i paesi scandinavi e del Sud-Europa come Italia (dalla legge 833 del 1978), Spagna e Portogallo, e quelli del vecchio Commonwealth come Australia, Nuova Zelanda e Canada.

Le trasformazioni dei sistemi sanitari, intervenute dagli anni 90 in poi, hanno profondamente modificato le caratteristiche originarie dei due modelli, che erano rimaste immutate per decenni.

Il Modello Beveridge. Ovunque – dalla Gran Bretagna alla Svezia, dalla Norvegia alla Nuova Zelanda – è andata in pezzi la struttura unitaria, monoliti-

ca e integrata, del sistema. La principale critica rivolta al sistema è quella di essersi ingessato, burocratizzato; di essere poco efficiente e solo apparentemente integrato; di essere "autoreferenziale": troppo pronò alle rivendicazioni dei dipendenti e troppo poco sensibile alle esigenze dei pazienti: lunghe liste di attesa, scarsa libertà di scelta. La stagione delle grandi riforme del modello Beveridge ha inizio ai primi degli anni novanta, proprio nella culla del modello, la Gran Bretagna. L'obiettivo del leader conservatore M. Thatcher è quello di rinnovare il sistema, iniettando al suo interno potenti dosi di mercato; il sistema viene spaccato a metà: da una parte il finanziatore, che diventa committente-acquirente, dall'altra i produttori-erogatori di prestazioni, in competizione tra loro. Poiché soggetti privati in quel momento in Gran Bretagna non ce ne sono, le dinamiche di mercato (acquisto-vendita di prestazioni, competizione tra produttori) si svolgono tutte all'interno del settore pubblico (ed infatti si parla di "mercato interno", di "quasi-mercato"). Il governo laburista che vince le elezioni nel 1997 promette di abolire il "mercato interno", ma mantiene la divisione tra committenti e produttori. Nei primi anni del governo Blair le parole d'ordine sono "centralizzazione", "pianificazione" e "collaborazione", ma dal 2001 queste vengono sostituite da altre: "devoluzione", "mercato" e "competizione". "Tony Blair – si legge in un articolo del BMJ – si è sempre più convinto che solo un feroce mercato competitivo può migliorare la produttività del NHS. Egli ha smantellato il modello originario del sistema sanitario britannico, monolitico, centralista, diretto dallo stato, e si è affidato alla magica "mano invisibile" di Adam Smith per perseguire una maggiore efficienza".

Il modello monolitico/integrato di servizio sanitario nazionale è ormai un pallido ricordo e se in Inghilterra la frammentazione sta avvenendo attraverso il massiccio ingresso di *provider* privati (*independent treatment centres*) e la trasformazione degli ospedali "maggiori" in fondazioni (*foundation hospitals*), in Norvegia si assiste a un processo inverso: gli

ospedali si separano dal resto del sistema accentrando, divenendo proprietà dello stato e organizzandosi in una dimensione regionale.

Modello Bismark. La più importante rivoluzione a cui sono andati incontro gran parte dei sistemi sanitari "Bismark" è stata la perdita della natura corporativa delle assicurazioni sociali; è stata abolita cioè l'appartenenza lavorativa degli iscritti, da cui la libera scelta del cittadino ed la competizione tra assicurazioni (una competizione mitigata dalle regole imposte dallo stato). In paesi come la Francia, dove è stata mantenuta l'iscrizione alla cassa mutua obbligatoria per categoria di lavoro, il mercato delle assicurazioni si è spostato sul versante delle assicurazioni complementari volontarie (che coprono oltre il 90% della popolazione). Nei paesi dell'Europa centro-orientale, il ritorno alle assicurazioni sociali avvenuto dopo il collasso dell'impero sovietico ebbe all'inizio connotati fortemente mercantili (con un alto numero di assicurazioni in competizione tra loro), che in seguito si sono molto ridimensionati.

CONCLUSIONI

Il nome dei modelli ci aiuta sempre meno per capire la struttura e il funzionamento di un modello sanitario. Se per esempio utilizzassimo il criterio del ruolo dello stato per distinguere sistemi a modello Beveridge (tradizionalmente più forte) da quelli a modello Bismark (tradizionalmente più debole), tro-

veremmo che in Francia (Bismark) questo si sta rafforzando, mentre specularmente in Inghilterra (Beveridge) si sta indebolendo.

Registriamo inoltre situazioni ibride, come l'Olanda, dove i rischi catastrofici sono coperti da un'assicurazione nazionale finanziata attraverso la fiscalità generale e l'assistenza sanitaria "standard" (obbligatoria) è affidata a assicurazioni private.

Ovunque si espandono i meccanismi competitivi di mercato e (sulla carta) le dinamiche basate sul rapporto committente-acquirente/produttore-erogatore. "Sulla carta" perchè, nonostante l'enfasi posta su questo aspetto, in entrambi i sistemi è ancora poco sviluppata la capacità dei committenti di negoziare efficacemente con i produttori, che rimangono i veri protagonisti e "padroni" del sistema.

Su un punto i sistemi "Beveridge" e "Bismark" continuano a distinguersi nettamente. Nei primi l'assicuratore è unico e non vi è possibilità di opzione o scelta, nei secondi è multiplo e spesso oggetto di scelta da parte degli assistiti. Ma anche questo aspetto potrebbe essere superato. Un recente articolo del BMJ si chiede perchè i cittadini inglesi debbano avere assegnato il committente (Primary Care Trust) su base geografica (in relazione alla residenza); non sarebbe meglio - si chiede Joan Higgins, professore di sanità pubblica di Manchester - che i cittadini scegliessero il committente che rappresenta i loro interessi, in un contesto competitivo?

TM

ADOCH - FIRENZE

Accademia di Omeopatia Classica Hahnemanniana

La Scuola

Il programma prevede lo studio dei fondamenti metodologici e dottrinari della medicina omeopatica, della materia medica, del repertorio, e lo studio accurato dei casi clinici secondo diverse modalità espositive (dal vivo, in video, in role playing).

Il programma dettagliato può essere richiesto in segreteria.

Sono previsti dei seminari all'interno del corso.

I seminari sono inclusi nella quota di iscrizione.

Il Programma

Il corso è composto da un triennio di studi teorico-pratici, più un anno di supervisione clinica.

Sono previsti seminari integrativi del corso.

Alcuni sono compresi nell'offerta formativa,

altri sono al di fuori dell'offerta formativa.

L'indirizzo è Hahnemanniano classico unicista.

La frequenza è obbligatoria.

N. 39 Crediti ECM per i medici del I anno.

Per Farmacisti e Veterinari i crediti ECM sono stati richiesti.

I Docenti

Direttore Didattico:

Dott. Alfredo Lubrano - medico omeopata

Docenti:

Dott.ssa Germana Bellissima - medico omeopata

Dott. Stefano Ciappi - medico omeopata

Dott. Alessandro Masini - medico omeopata

Dott.ssa Teresa Mosca - medico omeopata

Dott. Stefano Pericoli - medico omeopata

Dott. Pietro Romagnoli - medico omeopata



E.C.M. 39 crediti
Educazione Continua in Medicina
Programma Nazionale per la Formazione degli operatori della Sanità

Programma Nazionale per la Formazione degli operatori della Sanità



Informazioni e Iscrizioni

Segreteria Didattica:

Sig.ra Miria Rivarola, Tel. 320 7232183

Per informazioni sul programma e sulle modalità di partecipazione contattare i coordinatori di zona:

- Per la sezione Medici e Veterinari:

Gianluca SBARAGLI - tel. 335 5609285

Said MESKI - tel. 335 7041450

- Per la sezione Farmacisti:

Ilaria MICHELLI - tel. 335 7919112

Calendario delle lezioni

I Anno:

Sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00

Domenica dalle ore 9.00 alle ore 13.00

II Anno:

Sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00

III Anno:

Sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00

II e III Anno insieme (clinica):

Domenica dalle ore 9.00 alle ore 13.00

Date degli incontri

Ottobre 2007: sabato 20 - domenica 21
Novembre 2007: sabato 17 - domenica 18
Dicembre 2007: sabato 15 - domenica 16
Gennaio 2008: sabato 12 - domenica 13
Febbraio 2008: sabato 9 - domenica 10
Marzo 2008: sabato 8 - domenica 9
Aprile 2008: sabato 12 - domenica 13
Maggio 2008: sabato 17 - domenica 18
Giugno 2008: sabato 7 - domenica 8

Date degli esami

Domenica 10 Febbraio 2008

Domenica 8 Giugno 2008

Sede del corso

FIRENZE

(per maggiori informazioni contattare i coordinatori di zona)



www.almaomeopatia.org



www.cemon.eu



Incidenza e mortalità del tumore della prostata

E. CROCETTI¹, C. BUZZONI¹, G. GORINI², L. GIOVANETTI²

¹ UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, CSPO Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica

² UO Epidemiologia Ambientale-Occupazionale, CSPO Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica

In Toscana, come nelle altre regioni italiane e in generale nei paesi di tipo occidentale, l'epidemiologia del tumore della prostata è stata drammaticamente modificata dall'introduzione della ricerca dell'Antigene Prostatico Specifico (PSA); questa metodica si è diffusa nel nostro Paese a partire dai primi anni '90 e, come è evidente dai dati del Registro Tumori della Regione Toscana (RTRT) presentati nel grafico, ha determinato a partire dal 1992-1993 un brusco aumento dei tassi di incidenza che sono più che raddoppiati in un arco di tempo di circa dieci anni.

Il ritmo di crescita dei tassi di incidenza è stato pari al 4.8% all'anno (L.C. 95% +4.4 ; +5.3).

Nello stesso periodo i dati del Registro Regionale di Mortalità (RMR) hanno mostrato, per le stesse aree considerate per l'incidenza, un trend in riduzione statisticamente significativo dei tassi di mortalità specifica che si riducono di -1.1% all'anno (L.C. 95% -1.7; -0.4). Questo trend alla riduzione della mortalità

si conferma anche nell'intera regione dove, nel periodo 1987-2005, si è osservata una riduzione dei tassi del -1.0%/anno (L.C. -1.5; -0.6)

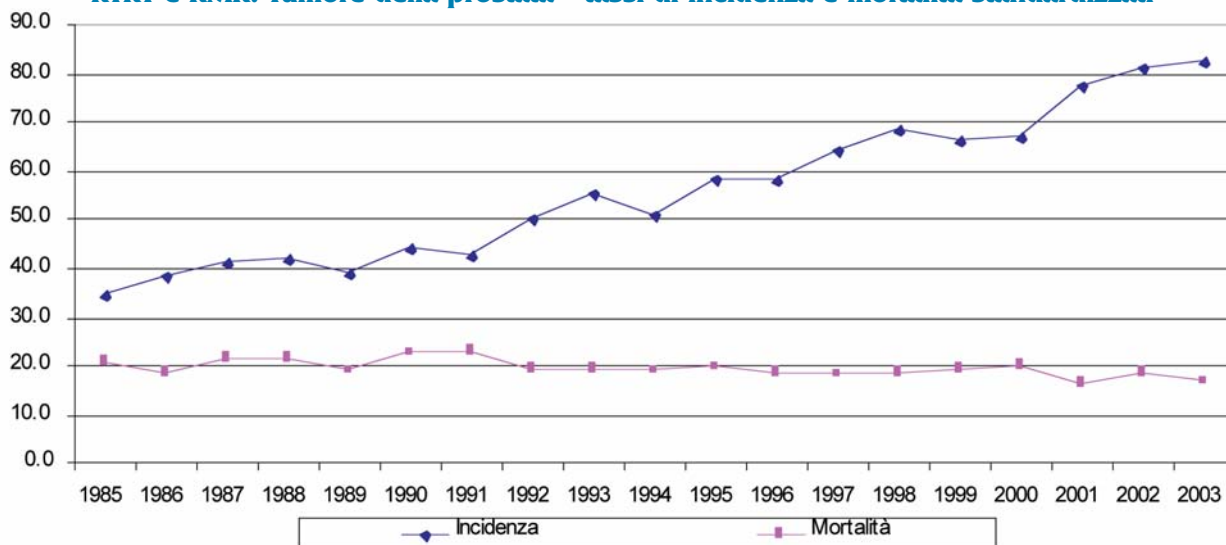
Metodi: Sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori della Regione Toscana e del Registro di Mortalità Regionale (www.cspo.it) relativi alle province di Firenze e Prato. La standardizzazione per età è stata effettuata con il metodo diretto utilizzando la popolazione standard europea. La variazione media annuale dei tassi viene calcolata adattando ai dati una retta di regressione dei minimi quadrati sul logaritmo naturale dei tassi, utilizzando l'anno di calendario come variabile di regressione, secondo la procedura del software SEER*Stat 6.3.5.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: e.crocetti@cspo.it

TM

RTRT e RMR: Tumore della prostata - tassi di incidenza e mortalità standardizzati



Ricordiamo che il valore prognostico del PSA, nei casi di tumore della prostata individuati mediante questa metodica, è oggetto di vasti studi sperimentali ancora da pubblicare.



Ancora amianto nel mondo...

MARIA GRAZIA PETRONIO, ROBERTO ROMIZI

Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia

Con "amianto" si intende un gruppo naturale di minerali fibrosi usati per l'isolamento della temperatura (es. protezioni anti-incendio) e per rinforzare i materiali da costruzione.

Più del 90% della produzione di amianto di tutto il mondo è composta da crisolito e in misura molto minore da amosite e crocidolite: il commercio di questi ultimi è stato bandito nel 1991, ma la vendita di fibre e prodotti contenenti crisolito è rimasta largamente incontrollata. L'esposizione a questa sostanza aumenta il rischio di contrarre asbestosi, cancro polmonare e mesotelioma in modo dose-dipendente.

Oggi l'amianto è usato soprattutto nei materiali da costruzione, nei pannelli di copertura e nelle tubature in Paesi in via di sviluppo. Ma anche nel nostro Paese questi materiali sono ancora presenti, ereditati dal largo uso che ne è stato fatto negli anni passati. Dovranno essere progressivamente eliminati.

L'OMS e l'ILO, nel 2005 hanno comunicato che in molti Paesi industrializzati, in cui il numero di morti per incidenti legati al lavoro sta diminuendo, le morti per malattia professionale, specialmente per l'amianto, sono in aumento.

Globalmente, l'amianto da solo è responsabile di 100.000 morti professionali all'anno. Questi rischi non interessano solo gli operai dell'amianto, ma anche le loro famiglie, i loro vicini di casa (per rilascio di materiale presente sui vestiti o sulle calzature), gli utilizzatori di prodotti che contengono amianto e la popolazione in generale. Come dichiarato da tutte le agenzie internazionali, l'amianto è da considerare come la principale causa di "cancro da lavoro".

Per 100 anni diverse generazioni di europei hanno subito terribili esposizioni e stime dell'UE condotte nel 1998 ci dicono che all'inizio degli anni '90 in Europa i lavoratori ancora esposti erano oltre 1.200.000. Stime dell'anno 2000 della Cancer Reserch Campaign ci dicono che nell'Europa occidentale 1 cinquantenne/150 è destinato a morire di

mesotelioma. Circa 250.000 maschi moriranno di mesotelioma ed è ragionevole attendersi altri 250-500.000 casi di cancro al polmone nei prossimi 35 anni. Questi morti sono frutto di un'esposizione indebita da attribuire al terribile ritardo con cui a fronte delle evidenze epidemiologiche e delle richieste dei lavoratori i governi dei vari Paesi sono intervenuti per normare la materia.

Quello che è successo e continua a succedere in alcuni Paesi non trova giustificazione logica se non quella di voler anteporre gli interessi economici alla tutela della salute e di questo bisogna essere tutti consapevoli.

Alla fine del 2004 i divieti nazionali sull'amianto erano presenti in tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea così come in Cile, Argentina, El Salvador, Uruguay, Honduras, Australia, Gabon, Seychelles, Arabia Saudita e Kuwait; Sud Africa e Giappone hanno annunciato l'intenzione di vietare l'amianto, mentre gli Stati Uniti hanno severamente limitato il suo uso.

In Canada oggi sono impiegati nell'estrazione dell'amianto circa 1600 minatori e l'amianto viene tranquillamente lavorato in Russia, in Sud Africa e in Brasile.

In sud Africa *"l'unità lavorativa era costituita dal minatore e dalle persone che operavano insieme con lui, ovvero donne e bambini: le donne ricavano la fibra libera dal minerale ed effettuavano il trasporto. Le fibre lunghe, pagate di più, venivano estratte a mano dalle donne e poi raccolte in sacchi di iuta. Le madri che lavoravano tenevano i neonati sulla schiena, i bambini le aiutavano per tutto il giorno..."*.

È necessaria una mobilitazione internazionale che porti ad un immediato divieto globale di produzione ed ulteriore uso dei prodotti dell'amianto.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: isde@ats.it

TM



A favore delle medicine non convenzionali

FERDINANDO CIABATTINI

Medico Continuità Assistenziale, USL 8 ed Omeopata

Il problema se l'omeopatia si possa utilizzare o no sarebbe concluso perché la rivista inglese Lancet ha detto che l'omeopatia non fa niente. In Italia c'è il costume per cui per accertare l'attendibilità dei dati di una ricerca si citano riviste anglosassoni, inglesi o americane. Questo vale per la medicina ma anche per altre scienze. L'Economist ad esempio nel campo dell'economia è giudicato come una Bibbia.

Dinanzi a Lancet io cito filosofi che hanno fatto la storia per millenni. Cito Platone che dice che l'esperienza è fallace per cui tutto ciò che deriva dall'esperienza certo ha un valore ma non è la verità. Cito Schopenhauer con la sua opera "Il mondo come volontà e rappresentazione" in cui sostiene che la realtà non è come dovrebbe essere nella verità, ma è come ce la rappresentiamo e la vogliamo. Cito anche Nietzsche che dice le stesse cose di Schopenhauer ma, mentre Schopenhauer sostiene che non essendo il mondo che ci rappresentiamo la verità, è meglio dedicarsi a un modo di vita orientale in cui ci si isola quasi monasticamente, Nietzsche sostiene la teoria del Superuomo, cioè bisogna essere superuomini per saper affrontare una realtà conoscitiva che non sempre è la verità.

Sarò accusato di essere troppo filosofo e di non avere il senso comune della realtà, ma a me sembra che i filosofi che ho citato ci diano un aiuto concreto per comprendere il mondo in cui viviamo.

Quindi se il metodo scientifico non è la verità ma una rappresentazione della realtà, è lecito usare anche altri metodi non escludendolo per interpretare la realtà. Le medicine non convenzionali interpretano le malattie dell'uomo non con metodo scientifico non infallibile, ma con altri metodi, ma hanno il vantaggio di curare diminuendo molto gli effetti collaterali. In più affrontano malattie in cui la medicina scientifica non ha rimedio.

Toscana Medica non può competere in cultura filosofica col collega al quale, tuttavia, si permette di consigliare la lettura del "De morbo sacro" e dei "Prolegomeni ad ogni metafisica che voglia presentarsi come scienza". Una questione è poco chiara nella lettera del collega. Esistono diversi metodi per curare le stesse malattie o diversi metodi per curare differenti malattie? Non curare le non malattie è più semplice che curare le malattie, disse il Cappellaio matto.

TM



LIBRI RICEVUTI

La salute prima di tutto

TOBY MURCOTT - EDIZIONI URRRA

Il testo affronta, con descrizioni di ampio respiro, le problematiche connesse alle maggiori pratiche mediche cosiddette alternative. Al di là delle questioni che tutti conosciamo, l'autore concentra il suo ragionamento sulla differenza di paradigma e quindi metodologico tra la medicina tradizionale e le pratiche alternative e sul fatto che questa sia carente proprio laddove quelle riscuotono i loro maggiori consensi. Murdoch però discute senza ambiguità del concetto di efficacia, suggerendo (e questa è la tesi principale del libro) la possibilità di una medicina veramente unica, in cui i diversi paradigmi scientifici e operativi sappiano creare una medicina "integrata", nell'interesse del paziente.

Infibulazione

CARLA PASQUINELLI - EDIZIONI MELTEMI

A distanza di alcuni anni dal "Caso Firenze", cioè dalla provocatoria proposta del medico somalo Abdulkadir di somministrare alle bambine a rischio di infibulazione una sorta di rito sostitutivo non lesivo, esce questo testo, completo e documentatissimo, opera di un'antropologa docente all'Università di Napoli. Il testo contiene un'ampia discussione su questa terribile mutilazione femminile che correttamente situa all'interno di un contesto difficile a gestire e comprendere, quello dell'emigrazione. Ecco allora che la proposta di Abdulkadir può essere presa in considerazione e esaminata senza pregiudizi ideologici, quelli che fanno affermare, con la massima buona fede, che la percezione del corpo della donna deve radicalmente cambiare senza altra alternativa accettabile, mentre, in attesa di questa auspicata palingenesi antropica, purtroppo le mutilazioni sono ancora praticate.

La prescrizione e la somministrazione dei farmaci

LUCA BENCI - EDIZIONE MC GRAW HILL

Prima di questa fatica di Luca Benci, mancava in Italia un libro che affrontasse nella loro globalità, e discutesse in modo analitico i profili della responsabilità dei vari professionisti sanitari nell'ambito della prescrizione e della somministrazione dei farmaci. Il risultato è egregio: la trattazione sistematica coglie problemi vecchi e nuovi, riuscendo a coniugare la completezza dell'informazione e della documentazione con un'esposizione snella chiara ed esauriente.

**COLLABORAZIONI TRA MEDICI**

- > Odontoiatra con esperienza offre collaborazione in conservativa ed endodonzia(ni-ti) in Firenze e provincia. Cell. 333.6654734.
- > Ortodontista con esperienza cerca collaborazione in Toscana. Cell. 340.3188485.
- > Cercasi praticante per studio odontoiatrico in Prato. Cell. 347.5101153.
- > Odontoiatra, specializzato in chirurgia odontostomatologica all'Università di Firenze, offre la propria collaborazione in chirurgia e implantologia in FI, PO, PT, AR e Pisa. Cell. 328.3213754.
- > Odontoiatra, con esperienza, cerca collaborazione in endodonzia e chirurgia in Firenze, Prato, Pistoia e Arezzo. Cell. 347.1547422.
- > Ortodonzista, perfezionato al corso triennale di ortognatodonzia clinica presso il Centro di Studi e Ricerca Ortodontica del Dott. Cozzani G. di La Spezia, offre collaborazione in Firenze, Prato e province. Cell. 333.8530576.
- > Odontoiatra, esperienza decennale, offre propria collaborazione presso studi odontoiatrici in Firenze e comuni limitrofi in chirurgia implantare, implantoprotesi, parodontologia, chirurgia estrattiva. Cell. 347.0554961.

COLLABORAZIONI NON MEDICHE

- > Figlia di collega, già impiegata, cerca lavoro pomeridiano di segreteria presso studi medici in Firenze. Lunga esperienza nel settore. Cell. 328.0945800.
- > 32enne con esperienza di segreteria direzione Unità Operativa - studio medico - cerca lavoro zona Firenze, Pontassieve, Borgo San Lorenzo. Mery, Cell. 339.3391667.
- > Psicologo con studio a Firenze con rapporti già avviati con medici di base e specialisti offre collaborazione su problematiche di natura psicologica o correlate ad altre patologie. Cell. 338.3990672.
- > Figlia di collega, con lunga esperienza sia come assistente alla poltrona che come gestione dello studio cerca lavoro. Libera da subito. Zona FI, PO, PT e zone limitrofe. Cell. 338.1438081.
- > 34enne con esperienza al pubblico cerca lavoro di segreteria presso studi medici in PT, FI ecc. Cell. 349.5895713.
- > Cerco lavoro alla reception. Esperienza come assistente alla poltrona. Cell. 328.8071177.
- > 27enne con esperienza nel settore cerca lavoro come receptionist con esperienza. Cell. 339.1606395.
- > 40enne, ragioniera in mobilità, pratica di office, contabilità, disponibile subito per lavoro presso studi medici Firenze, Sesto, Calenzano. Sia part-time che full-time. Tel. 055.4441194.
- > Brunori Vanna, esperienza centralino, segreteria e contabilità, cerca lavoro presso studi medici, qualsiasi orario. Preferibile zona Firenze nord. Cell. 338.5989857 - Tel. 055.317878.
- > Studentessa medicina offre collaborazione presso studi medici come assistente o segretaria, 2 pomeriggi la settimana in Sesto Fiorentino e zone limitrofe. Tel. 055.4489955.
- > Claudia Fontana, con esperienza come assistente alla poltrona cerca lavoro in FI, come assistente alla poltrona o segretaria. Cell. 338.9533122.
- > Disponibilità immediata per impiego di segreteria o assistenza alla poltrona presso studi medici.
- > Seria e professionale con disponibilità immediata e possibilità di referenze. Nadia. Cell. 347.0710491.
- > Cerco lavoro di segreteria in zona Valdinievole. Giuliana. Cell. 328.1153456 (ore pasti).
- > Signora, con esperienza di segreteria direzionale, senza problemi di orari, cerca lavoro in FI, PO e zone limitrofe. Cell. 333.5295268.
- > Signora offresi part-time mattina o da convenire, ampia esperienza studio odontoiatrico, anche come segretaria. Cell. 331.2705370.

SOSTITUZIONI**MEDICI**

- Pasqualina Acconcia** - Cell. 328.1780459.
Guendalina Allodi è disponibile per Firenze e provincia - Cell. 347.5111039.
Bani Assad è disponibile dal mese di luglio per Firenze e Prato - Cell. 333.2961737.
Lorenzo Bertini per Firenze e prov. - Cell. 333.7571755.
Stefania Cardellìchio - Cell. 347.0675172
Federica Fama è disponibile per Firenze, Prato, Campi Bisenzio e prov. - Cell. 320.8911996.
Camilla Ferrari è disponibile per Firenze Prato e Livorno. Cell. 335.7886298.
Simona Paiano, è disponibile per Firenze, Prato, Campi Bisenzio ed Empoli - Cell. 320.8641863.
Laura Mele. Esperienza di guardie mediche - Cell. 339.1238529.
Emanuele Mori è disponibile nei mesi di giugno ed agosto zona Chianti Fiorentino - Cell. 338.9643731.
Marco Nuti è disponibile per Firenze e provincia - Cell. 349.5046736.
Giada Puccianti disponibile per sostituzioni a mmg per il periodo estivo in Firenze e provincia - Cell. 333.4166553
 Medico è disponibile per Firenze e provincia - Cell. 348.5828406.

ODONTOIATRI

Odontoiatra, specializzato in chirurgia odontostomatologia, offre la propria disponibilità per sostituzioni in PO, PT, FI, AR, PI. Cell. 328.3213754.

CESSIONE ATTIVITÀ

- > Offro gestione studio dentistico a Sesto Fiorentino, 2 unità operative, ampio luminoso, aria condizionata, 2 posti auto privati. Tel. 055.4215854 - Cell. 339.1993189.
- > Cedesi avviato, unico nel paese, studio dentistico presso poliambulatorio medico croce azzurra di Pelago. Per informazioni Cell. 339.7876282-346.3351594.
- > Cedesi studio dentistico avviamento ventennale in Montevarchi (AR) centro, causa trasferimento. Per contatti ed informazioni Cell. 338.2860730 orario di cena.

OFFERTE LAVORO

- > Cerchiamo medico psichiatra e/o medico omeopata per inserimento presso struttura in Signa. Abbiamo uno studio di Psicologia e Discipline Olistiche e necessitiamo urgentemente di queste figure mediche. Tel. 055.8734171 - www.ilgiardinodelanima.it.
- > La BAC Travel International Srl (www.bactravel.it), in qualità di Operatore Turistico nel Settore dei Soggiorni Studio, è alla ricerca di medici che possano offrire una assistenza sanitaria per i loro studenti (8/17 anni), all'interno delle strutture Colleege da noi gestite in Gran Bretagna. In cambio dei loro servizi offrono: vitto, alloggio, volo aereo A/R ed inoltre la possibilità di fare un corso di lingua per l'intera durata del soggiorno, unitamente alla partecipazione a tutte le escursioni in programma. I periodi si riferiscono ai mesi di Luglio e/o Agosto 2007 a partire da un minimo di 2 ad un massimo di 6 settimane. Francesco Cavaliere, Tel. 06.88520243 - Fax. 06.88520321 - www.bactravel.it - francesco@bactravel.it.



Pubblicità sanitaria: come comportarsi

Com'è oramai noto, il cosiddetto "Decreto Bersani" dell'estate scorsa ha abrogato, fra l'altro, le limitazioni fino ad allora esistenti alla diffusione di messaggi pubblicitari da parte dei professionisti. In ottemperanza a tale precetto di legge, il Codice di Deontologia Medica è stato revisionato e, in materia di pubblicità sanitaria, contiene oggi una "linea-guida" che intende indirizzare i comportamenti dei colleghi sulla materia verso gli obiettivi di veridicità, trasparenza e decorosità dei messaggi al pubblico. Sulla base di tale "linea-guida" l'Ordine dei Medici di Firenze ha adottato un documento contenente alcune linee di indirizzo che si ritiene possano essere di grande utilità per i colleghi, come ausilio alla diffusione di messaggi pubblicitari corretti. Tali

linee di indirizzo sono consultabili sul sito internet dell'Ordine www.ordine-medici-firenze.it nella pagina dedicata alla Normativa. Su tutta la materia della pubblicità sanitaria, l'Ordine tiene a ricordare alcuni principi fondamentali:

a) la liberalizzazione introdotta dal "Decreto Bersani" aumenta la responsabilità di chi effettua pubblicità sanitaria, perchè il professionista in prima persona si assume la responsabilità di diffondere un messaggio veritiero, trasparente e decoroso e la verifica di quanto sopra è, per legge, attribuita all'Ordine;

b) sulla base di tale premessa, i professionisti e le strutture sanitarie sono libere di effettuare pubblicità sanitaria, purchè in conformità alle regole deontologiche, fermo restando il

potere dell'Ordine di verificarne la trasparenza, la veridicità e la decorosità;

c) nel caso in cui gli iscritti abbiano la necessità di chiedere chiarimenti o suggerimenti circa il contenuto del messaggio che intendono diffondere o sulle modalità della sua diffusione, possono rivolgersi all'Ordine per chiedere una valutazione preventiva;

d) nel caso in cui il messaggio pubblicitario in concreto diffuso abbia un contenuto ingannevole o poco trasparente o, per le forme e modalità in cui è diffuso, sia contrario al senso del decoro, sarà comunque oggetto di valutazione dell'Ordine dal punto di vista disciplinare. L'Ordine si riserva di effettuare, in ottemperanza alla legge, le verifiche necessarie.

Responsabilità del medico a seguito di contatto telefonico

Rispondendo ad una richiesta di parere formulata dalla Regione Toscana, in merito alle responsabilità e agli obblighi che possono incombere sui medici addetti all'assistenza pri-

maria in caso di contatto telefonico con l'assistito, l'Ordine ha richiamato il disposto dell'art. 8 del Codice di Deontologia Medica, secondo il quale ogni medico non può mai rifiutar-

si di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve "tempestivamente attivarsi per assicurare assistenza".



Ondate di calore estive: il Piano del Ministero

Il Ministero della Salute ha predisposto un Piano per ridurre le conseguenze negative sulla salute da eventuali ondate di calore in particolare rivolte alle fasce di popolazione più a rischio (anziani, bambini, persone con patologie croniche). Per l'estate 2007 le previsioni meteorologiche a lunga distanza, sebbene siano relativamente incerte, indicano la possibilità del veri-

ficarsi nel mese di giugno di ondate di calore sulle aree del Mediterraneo anche se potrebbe trattarsi di episodi di breve durata. I mesi successivi, invece, non dovrebbero presentare condizioni di temperatura particolarmente elevate. I principali elementi del Piano sono: Linee guida per la prevenzione degli effetti sulla salute da ondate di calore anomalo; Sistema nazionale

di allerta per ondate di calore anomalo; Creazione degli elenchi dei sottogruppi suscettibili alle ondate di calore (c.d. Anagrafe di Fragilità); Informazione e comunicazione a cittadini e operatori; Protocollo d'intesa con i medici di medicina generale. Ulteriori informazioni sul sito del Ministero: www.ministerosalute.it.

La privacy "a senso unico"

Spesso si apprende da notizie di stampa di querele, esposti o denunce presentate dai cittadini alla magistratura o alle ASL ove si lamentano disservizi o comportamenti che comunque coinvolgono l'operato dei medici. Ma quando l'Ordine tenta di avere maggiori informazioni sulle vicende oggetto delle notizie di stampa, chiedendo alla magistratura o alle

ASL copia della documentazione pertinente, spesso si scontra con esigenze di privacy e riservatezza difficilmente superabili. Con il risultato che, di fatto, l'Ordine non dispone di informazioni sufficienti per svolgere, eventualmente, la sua funzione disciplinare, a differenza dei giornalisti che, a quanto pare, hanno canali di accesso alle informazioni ben più incisivi.

L'Ordine, allo scopo di rettificare questa situazione, ha chiesto l'intervento del Garante della Privacy affinché ribadisca che l'Ordine professionale svolge una attività di rilevante interesse pubblico, sia a tutela del decoro della categoria che della salute dei cittadini, e che quindi gli venga data la possibilità, in concreto, di esplicitare pienamente le sue prerogative.

Farmaci e farmacie: la posizione dell'Ordine dei Medici

L'emendamento approvato recentemente dalla Camera dei Deputati che autorizza la vendita al supermercato dei farmaci di fascia C ha suscitato preoccupazione nell'Ordine

dei Medici. "Si rischia in questo modo - ha detto il Presidente nazionale Amedeo Bianco - di svuotare ulteriormente il ruolo delle farmacie alle quali invece va ridata tutta la loro

funzione per garantire, con capillarità territoriale, l'erogazione delle prestazioni farmaceutiche". Ma al tempo stesso l'Ordine dei Medici si dice preoccupato per il tentativo di trasfor-



mare le farmacie in strutture erogatrici di prestazioni sanitarie di primo livello, perchè in questo modo si ri-

schia di attribuire al farmacista ruoli professionali impropri, ingenerando nei cittadini false sicurezze ed espo-

nendo il farmacista a gravi responsabilità legali.

Accordo per la nuova convenzione INAIL

Accordo raggiunto tra i sindacati dei medici e l'Inail per il rinnovo della convenzione per le certificazioni di infortunio e malattia professionale. A siglare l'accordo sono state tre sigle sindacali: Fimmg, Simet e Smi-Federazione Medici/UIL. Le tre sigle sindacali si sono dette "soddisfatte per la

conclusione di una contrattazione lunga e difficile" e invitano l'Inail "a rendere operativa la convenzione in tempi rapidi". Con l'accordo i medici vedono riconosciute adeguatamente le loro prestazioni: aumenta il quantum economico e si semplificano gli aspetti burocratici. Per l'infortunio e

per le denunce di malattia professionale verrà erogato un compenso di 27,50 euro per ciascun certificato (il precedente era di 16,50 euro), per un massimo di tre certificati per ogni caso trattato, più 5 euro per ogni invio telematico.

Polizza sanitaria ENPAM - Generali

Il medico imprevidente

Sembra paradossale ma proprio i medici, quotidianamente a contatto con malattie e sofferenze, sono i cittadini meno attenti a predisporre strumenti di difesa. L'EMPAM, il nostro Ente previdenziale, è riuscito a stipulare una polizza sanitaria che offre notevolissimi vantaggi, quale nessuna altra sul mercato. Intanto i costi di poche centinaia di euro all'anno, quando qualsiasi polizza di questo tipo costa quasi dieci volte tanto, poi perchè consente di assicurarsi a qualsiasi età della vita e i limiti di franchigia e di accesso (ai vecchi e ai malati) sono estremamente favorevoli.

Tuttavia l'ENPAM non riesce a raccogliere le adesioni di più di un terzo dei medici e presto, se si seguita così,

dovrà chiudere il contratto o alzare i premi.

Tra l'altro, non essendo questo premio detraibile, l'eventuale costo per un intervento sanitario sostenuto dal medico è completamente deducibile, nonostante il rimborso ricevuto dal medico, così ottenendosi, nella media delle aliquote pagata dai medici, detrazioni di imposta molto significative (non conviene ammalarsi per pagare meno tasse, ma almeno prendiamoci questo beneficio!).

Perché questa lettera del Presidente? Perché gli Uffici dell'Ordine e le nostre commissioni mediche passano il tempo a chiedere sussidi a favore di medici in difficoltà per i costi delle cure sostenute e per il mancato lavoro,

perché ci troviamo spesso nell'impossibilità di aiutare vedove e figli quando sarebbe stata sufficiente un po' di preveggenza e di buon senso.

L'Ordine riceve telefonate del tipo: "domani mi devo operare di qualcosa di importante e ho scelto una casa di cura (oppure devo fare privatamente un importante e costoso accertamento); mi posso iscrivere all'assicurazione dell'EMPAM?".

Allora non aspettiamo impossibili regali quando la malattia è avanzata! Meglio sempre prevenire!

Iscrivetevi all'assicurazione Sanità dell'ENPAM.

Antonio Panti

Polizza Sanitaria prorogata al 31 luglio

È stato prorogato al 31 luglio 2007 il termine per aderire alla Nuova Polizza Sanitaria ENPAM-Generali. Si ricordano, di seguito, le principali caratteristiche della polizza. I premi sono i seguenti:

1. € 160,00 se il medico o il superstito aderisce solo per se stesso;
2. € 360,00 se il medico o superstito aderisce per se e per il proprio nucleo familiare (se composto da una sola persona);

3. € 480,00 se il medico o superstito aderisce per se e per il proprio nucleo familiare (se composto da due o più persone). Il modulo di adesione, sia per coloro che devono apportare variazioni all'adesione dello scorso anno, sia per tutti coloro che vogliono aderire per la prima volta, è disponibile sul sito internet www.enpam.it, o sul Giornale della Previdenza (n. 4 e 5/2007) o presso la sede dell'Ordine. Il modulo preleva-

to dovrà essere compilato e spedito entro il 31 luglio 2007 a: Fondazione ENPAM - Casella postale 7216 - 00100 Roma Nomentano. Il pagamento del premio dovrà essere effettuato entro la data di scadenza indicata sul MAV. Per ulteriori informazioni è possibile consultare il sito dell'ENPAM o contattare il call-center al n. 199.168.311.

UN "ALTRO" MODO PER SMETTERE DI FUMARE

Dal 13 settembre avrà inizio lo studio *un "altro" modo per smettere di fumare* rivolto alle persone che vogliono smettere di fumare con metodi naturali, che hanno malattie che sconsigliano l'uso di farmaci antifumo o che sono in gravidanza. Lo studio è realizzato dal Centro di Medicina Tradizionale Cinese Fior di Prugna, dalla Lega Italiana per la lotta contro i Tumori, Sez. di Firenze, dal Centro antifumo SerT B, Quartiere 4, dall'Agenda Regionale di Sanità Toscana, Osservatorio di Epidemiologia.

Il trattamento offerto prevede l'utilizzo di 3 sedute di Medicina Tradizionale Cinese (farmacopuntura, fior di prugna, auricoloterapia) e/o associato a 9 incontri di gruppi per il sostegno psicologico ed è gratuito.

Per avere informazioni sulle sedi di trattamento e per partecipare allo studio telefonare, al Centro Fior di Prugna - Tel. 055.894771 - lun/giov ore 10-13.30 e 15-18, mart./merc/ven ore 9-13.





CORSI E SEMINARI

COCAINISMO

Il corso è organizzato dal Centro di Solidarietà di Pistoia, associazione che si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione dei tossicodipendenti. Il corso è il frutto di un lavoro coordinato dal Centro, dalla Regione e vari SERT del comprensorio toscano. Si terrà nei seguenti giorni: **27 settembre 2007**-Ce.I.S Pistoia-Piazza dei Servi, 7-Pistoia, **28 settembre 2007**-Ce.Do.S.T.Ar-Centro Documentazione-Via Fonte Veneziana, 17-Arezzo, **29 settembre 2007**-Via Veneto, 115-Pontedera (Pisa) - Docente Dott. Augusto Consoli. Alcuni dei temi trattati: I supporti familiari e sociali - strategie di ingaggio; le strategie di un intervento per contrastare le ricadute. Info: Suor Geltrude Magnani, Presidente del Centro di Solidarietà di Pistoia, e-mail: progettoperseo@ceispt.org - mailto:%22progettoperseo@ceispt.org%22.

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN OSSIGENO-OZONOTERAPIA MEDICA

Il corso è organizzato dall'Università di Siena. Inizio del corso: **Gennaio 2007**. Direttore: Prof. M. Chiavarelli. Sede: Policlinico Le Scotte, V.le Bracci, Siena. Crediti Formativi: Esoneo dall'acquisizione crediti ECM 2007 per i medici. Info: telefonare al 3488732739 oppure scrivere a borrelli@biolab.med.unisi.it.

CONVEGNI E CONGRESSI

RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

Il XVII congresso Nazionale AIRO (Ass. Naz. Radioterapia Oncologica) avrà luogo a Firenze, presso il Palazzo degli Affari, dal **10 al 13 novembre 2007**. È necessaria l'iscrizione. Accredittamento richiesto per l'intera manifestazione per medici, tecnici, fisici e infermieri. Sabato 10 novembre ore 19.00 "Salone dei Cinquecento" Palazzo Vecchio in Piazza Signoria, Lettura Magistrale "Firenze Etrusca" Prof. G. Camporeale. Per informazioni e iscrizioni: Studio E.R. Congressi - Via Marconi, 36 - 40122 Bologna. Tel. 051.4210599 - Fax 051.4210174 - e-mail: ercongressi@gruppotriumph.it - sito web: www.ercongressi.it.

PSICOSOMATICA E QUALITÀ DI VITA

Il XXI Convegno Nazionale della Soc. di Medicina Psicosomatica si terrà dal **15 al 18 Novembre 2007** a Firenze, presso il Convitto della Calza, Piazza della Calza, 6. Per iscrizioni, programma e informazioni: Segr. Org.va Tel 055 7131700 Fax 055 7135335 e-mail: segreteria@heventogroup.com. Segreteria Scientifica: Mario Sarti Tel. 055 214753 - Fax 055 219280 info@iformpsi.it.

EMISSIONI VOCALI PER APPLICAZIONI BIOMEDICHE

Il convegno MAVEBA 2007, si terrà dal **13 al 15 Dicembre 2007** presso la Sala Convegni dell'Ente Cassa di Risparmio di Firenze in Via F. Portinari 5r, Firenze, Italy. Info: <http://maveba.det.unifi.it>, oppure: Claudia Manfredi, Dip. di Elettronica e Telecomunicazioni dell'Univ. di Firenze tel. 055.4796410 - email: manfredi@det.unifi.it.

CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito www.ordine-medici-firenze.it)

Daisy srl outlet maglieria in città

Conosciuto da molti anni, specializzato in maglieria uomo-donna. Filati pregiati (cashmere, lana extrafine) a prezzi di fabbrica (a partire da 30 euro). Cotone/viscose. Sconto del 10% a medici e loro famiglie che presentano il tesserino ordinistico. Telefono 055 573203. Zona Cure: Via Cirillo 2/L. Giovedì orario continuato. Orario agosto: Lunedì, Mercoledì, Venerdì 10-13; Martedì, Giovedì 17-20.

Gierre Immobiliare

La Gierre Immobiliare di Gianni Ristori è una società di intermediazione abilitata, dalla C.C.I.A.A. e dal Tribunale Civile e Penale di Firenze, ad effettuare perizie e stime immobiliari e/o commerciali, nonché stime per erogazioni mutui bancari o per esigenze giuridico-patrimoniali. L'accordo con l'Ordine dei medici di Firenze prevede un abbattimento del 35% sui compensi di Intermediazione e/o stime immobiliari/commerciali. Tel. 055.292355, fax: 055.291526, email: gierre.immobiliare@flashnet.it; www.gierre.immobiliare@flashnet.it.

Inglese, Francese, Tedesco, Spagnolo

London School (V.le dei Mille 98 a Firenze) offre una promozione del 10% sul costo dei corsi intensivi di lingua inglese per bambini, ragazzi e adulti attivi nei mesi di giugno, luglio e settembre ai medici, iscritti all'Ordine di Firenze e ai loro familiari; promozioni anche su corsi individuali di "general English" e/o ad indirizzo medico-scientifico. Orario segreteria London School: lunedì-venerdì 09.30-13.00 e 15.30-19.30 - Tel. 055.570029 - 055.585860 (fax e tel.) - info@londonschool.org.

La Libreria Mondadori - Le Monnier

Effettua i seguenti sconti presentando: ritiro nota scolastica 5%, prodotti di cartoleria 15%, libri universitari 10%, libri di varia 10%, dizionari 10%, dvd 5%. Vasta offerta nel reparto multimediale di musica, video e informatica. Possibilità di ordinare a mezzo fax, email o direttamente in libreria. La consegna è garantita entro 5 giorni, con impegno del cliente al ritiro entro i successivi 7 giorni. Libreria Mondadori - Le Monnier - Via San Gallo 49/r - Via Santa Reparata 12/c - Firenze.

Ottica Spizzone

Via Masaccio 31r/29b/r, Firenze - Tel. e Fax. 055.587064 - www.spizzone.com. **Optometria, applicazione lenti a contatto, specialista multifocali.** Sconto su occhiali da sole e da vista dal 15% al 25% non cumulabile con altre promozioni. Per le altre offerte consultare il sito dell'Ordine di Firenze pagina *Convenzioni commerciali per gli iscritti*.

Terme

L'Ordine di Firenze ha stipulato una convenzione per tutti i medici toscani con San Giuliano Terme (PI), le Terme Fonteverde di San Casciano dei Bagni (SI), la Grotta Giusti a Monsummano (PT) e le Terme San Giovanni di Portoferraio Isola d'Elba. Per i dettagli consultare: www.ordine-medici-firenze.it.

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

COMBISARTAN[®] 160 mg / 12,5 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

depositato presso AIFA il 30/09/05

VALPRESSION[®] 160 mg
C09CA03

valsartan



Menarini, salute senza confini

Conformità a Linee Guida per la
certificazione delle attività di
informazione scientifica
Verificata da



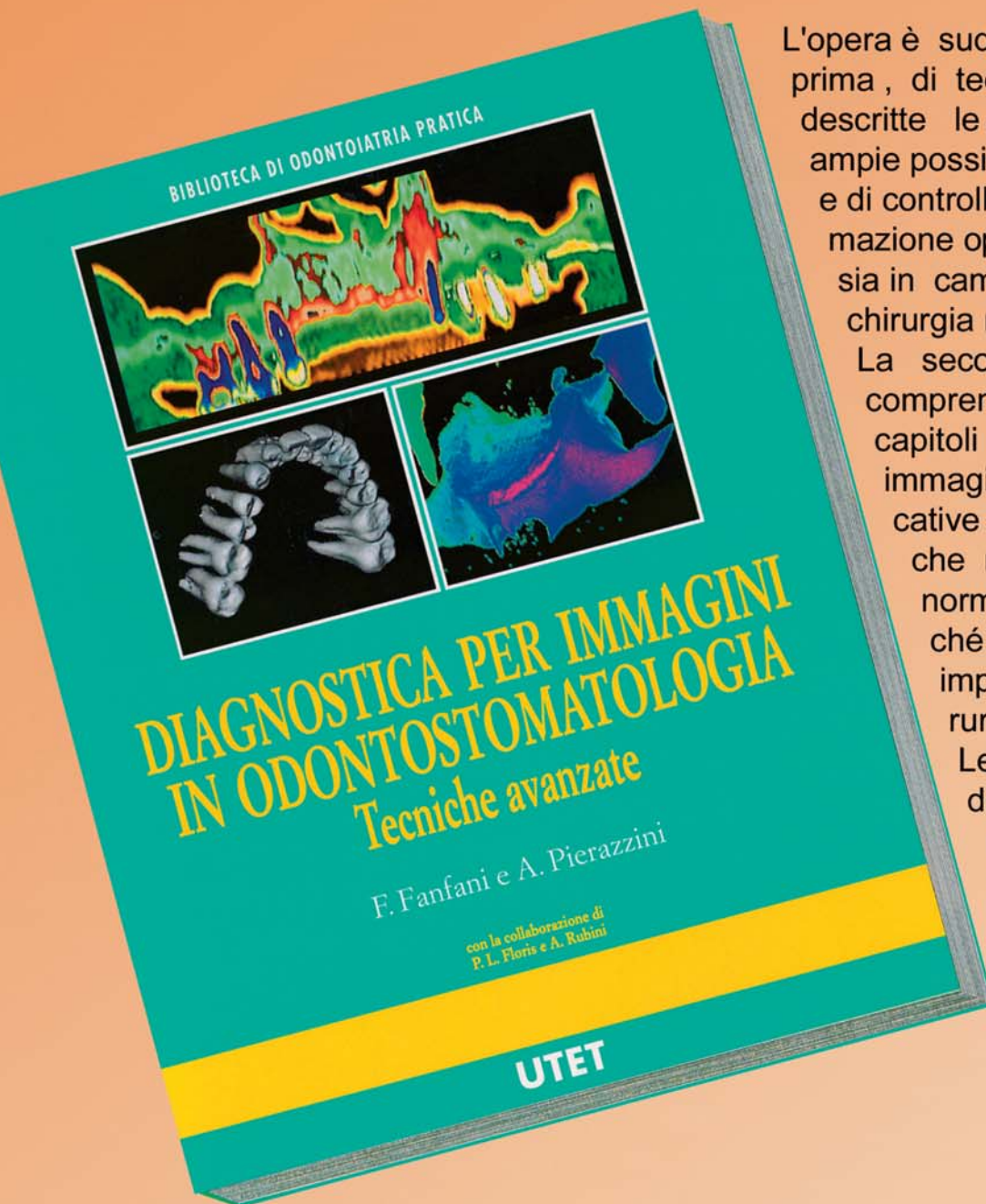
Certificato Nr
50 100 4785

VACO 05-05

Fabio Fanfani / Antonio Pierazzini

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI IN ODONTOSTOMATOLOGIA

Tecniche Avanzate



L'opera è suddivisa in due parti: nella prima, di tecnologia avanzata, sono descritte le nuove metodiche e le ampie possibilità, non solo di indagine e di controllo, ma anche di programmazione operatoria, che ne derivano, sia in campo implantologico che di chirurgia maxillo-facciale.

La seconda parte del volume comprende una serie di brevi capitoli che raccolgono numerose immagini particolarmente significative ottenute con tali metodiche riguardanti sia l'anatomia normale che patologica, nonché successi ed insuccessi implantari e interventi di chirurgia maxillo-facciale.

Le immagini sono corredate da un'accurata descrizione riguardante le implicazioni sia radiologiche che cliniche e, ove necessario, sono state inserite alcune considerazioni di carattere medico-legale.

Per ordini rivolgersi a:

UTET 50134 Firenze Via Fracastoro n. 33/37 Tel. 055/415213 - Fax 055/419789

UTET 20124 Milano Viale Tunisia 37 Tel. 02/29003555 - Fax 02/6599049