



ToscanaMedica

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



Menopausa e qualità della vita

R. Abbate, A. Becorpi, M.L. Brandi, V. Bruni,
A. Celesti, S. Maffei, T. Mazzei, L. Polenzani

Ingegneria tessutale in ortopedia e traumatologia

M. Innocenti, R. Civinini, M. Villano,
C. Carulli, D. Chicon Paez, F. Matassi

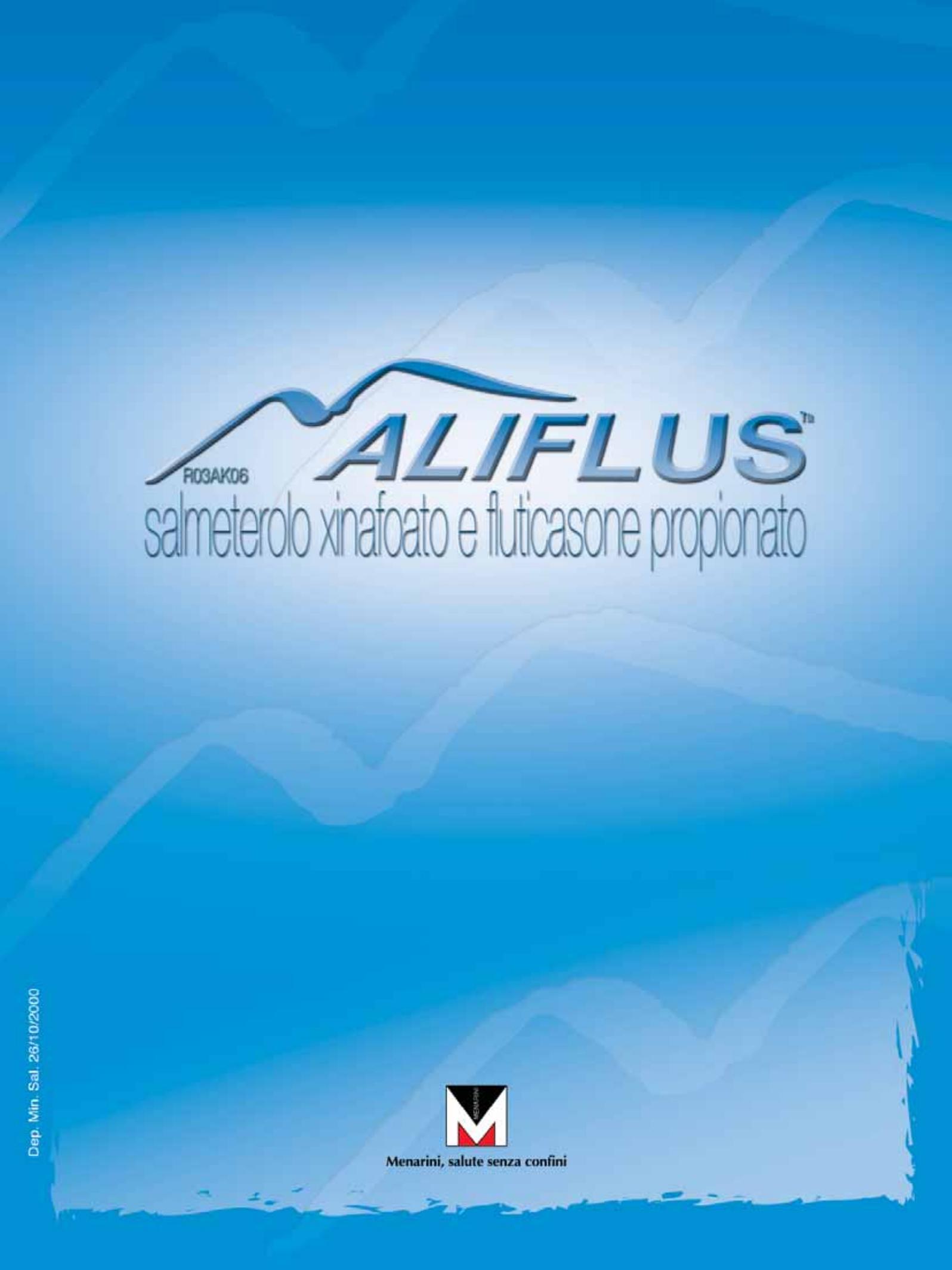
Neuromonitoraggio intraoperatorio "via rete" durante la chirurgia della carotide

A. Ragazzoni, R. Chiaramonti, F. Giambi, S. Michelagnoli,
L. Ercolini, G. Zaccara, M. Cecchi

I tumori cistici del pancreas

M. Farsi, E. Miranda, B. Boffi, L. Bencini,
R. Manetti, R. Moretti

N° 3 MARZO 2009



FD3AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

■ I percorsi della follia
M. Barni **4**

EDITORIALE

■ "Lazzaro vieni fuori!", ma Lazzaro restò in coma
A. Panti **5**

ENPAM E PREVIDENZA

■ Arriva la contribuzione per il fondo generale dell'Enpam
C. Testuzza **6**

RICORDO

■ Lutti per la medicina
A. Panti, A. Pagni **7**

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

■ Menopausa e qualità della vita
R. Abbate, A. Becorpi, M.L. Brandi, V. Bruni, A. Celesti, S. Maffei, T. Mazzei, L. Polenzani **11**

■ Un passaggio consapevole verso una serena vecchiaia
A. Panti **18**

QUALITÀ E PROFESSIONE

■ Il Sistema di Sorveglianza PASSI nell'Azienda Sanitaria di Firenze
R. Cecconi e coll. **19**

■ Promuovere la salute mentale nella Comunità
F. Bardicchia e coll. **20**

■ Un servizio per la valutazione del rischio infettivo in soggetti sottoposti a terapia biologica
A. Bartoloni e coll. **22**

■ Lezioni di medicina ad assistenti familiari
A. Dolara **24**

■ Studio ITALUNG: studio randomizzato controllato di diagnosi precoce della neoplasia polmonare con TC a basso dosaggio
A. Lopes Pegna e coll. **26**

MEDICINA LEGALE

■ Il certificato oculistico nell'accertamento dell'invalidità civile
F. D'Anna e coll. **28**

■ Denunciare o curare: dilemma giuridico da risolvere eticamente
G.A. Norelli **30**

RICERCA E CLINICA

■ Chirurgia laparoscopica nell'addome acuto: perché?
F. Vezzosi e coll. **32**

■ I tumori cistici del pancreas
M. Farsi e coll. **46**

■ Ingegneria tessutale in ortopedia e traumatologia
M. Innocenti e coll. **50**

■ Neuromonitoraggio intraoperatorio "via rete" durante la chirurgia della carotide
A. Ragazzoni e coll. **53**

REGIONE TOSCANA

■ Il Medico di famiglia e i percorsi per la non autosufficienza in Toscana
Serv. Settore Integrazione Sociosanitaria Regione Toscana **34**

■ Malattie Rare: l'impegno della Regione Toscana
A. Leto, C. Berni **38**

■ Il Registro Toscano delle Malattie Rare
F. Bianchi, A. Pierini, F. Pieroni **40**

INSERTO

■ Storia del costume e della medicina
M. Fanfani **42**

SAPER FARE SAPER ESSERE

■ Rifiuto di cure o dissenso informato?
C. Cini **55**

LETTERE AL DIRETTORE

■ E se per assurdo Eluana tornasse pienamente cosciente
A. Lopes Pegna **57**

SANITÀ NEL MONDO

■ SaluteInternazionale.info
G. Maciocco e coll. **58**

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI

BACHECA



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

Anno XXVII n. 3 - Marzo 2009
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
Mario Ortolani
La nave dei pazzi
Fondato da
Giovanni Turziani

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2009 € 2,73

Direttore Responsabile
Antonio Panti
Redattore capo
Bruno Rimoldi
Redattore
Simone Pancani
Segretaria di redazione
Antonella Barresi
Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045
http://www.ordine-medici-firenze.it
e-mail: toscanamedita@ordine-medici-firenze.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: ricardo@edizionitassinari.it
http://www.edizionitassinari.it

Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Gli articoli:**
- devono avere una lunghezza massima di 6.000 battute spazi inclusi (2/3 cartelle) oltre l'iconografia;
 - i titoli devono essere brevi;
 - non devono avere un taglio classicamente scientifico, ma essere il più possibile divulgativi;
 - 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: toscanamedita@ordine-medici-firenze.it e riportare un numero telefonico ed un indirizzo postale di riferimento utile per la redazione;
 - vengono pubblicati in ordine di data di arrivo;
 - non devono contenere acronimi.

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.



I percorsi della follia

Negli straordinari luoghi dell'Acropoli senese della cultura, il Santa Maria della Scala, già sede del millenario Spedale, che Andrea

Milani, architetto di essenzialità e rigore, ha per l'occasione ben sottolineato, Vittorio

Sgarbi ha ideato e realizzato percorsi suggestivi e stralunati, nell'intento di scandire e drammatizzare il rapporto arte-genio-follia. Più che una grande mostra (e lo è) ne è derivato un dedalo accattivante e inestricabile tra gli archetipi, presunti o reali, di un mistero turbativo ma connaturato alla vita, alla società cui si piegano le categorie stesse dello spirito e della cultura, dalla filosofia alla medicina. I percorsi, non solo contemplativi, sono peraltro intelligentemente ma fatalmente aggrovigliati, appena segnati o intuibili o luminosamente insistiti, fino a riproporre un labirinto disperante, senza via d'uscita se non nella circolarità etiologica e nella relatività etica. La straordinaria esibizione di immagini d'arte, di dolore, di squallore, è alimentata dalla regia espositiva che non si prefigge d'altronde una missione eroica né, in qualche maniera, didascalica e nemmeno pretende ad una iconografia storica o caotica delle varie e subentranti reazioni culturali, scientifiche, sociali, mediche allo tsunami della follia.

Il viaggio - scrive lo stesso Sgarbi - al termine della notte, attraversata da improvvise illuminazioni, può fermarsi ... ma, in realtà, è un viaggio senza fine. Ed è un viaggio che il medico attento e sensibile come e più di altri interpreti della vita non dovrebbe mancare, immergendosi tra le vecchie mura, lungo le antiche sale (e non dispiaccia la citazione di Mario Tobino), con la trepidazione generata da una serialità di immagini emblematiche dell'inesausta, forse velleitaria, vocazione alla cura dei malati folli, dei disordinati mentali, dei diversi quale, del resto, gli affreschi del Pellegrinaio attraversano ed esemplificano con il loro cromatismo documentario e con la scenografia autorevole dei grandi quattrocentisti senesi.

Ecco: il presentatore dell'evento lo definisce come il primo tentativo in Italia di indagare il rapporto tra produzione artistica e disagio mentale ottenuto attraverso una ricerca raffinata e innervata da scetticismo non velleitaria, fondata su documenti storici, capaci nella loro esaustiva e cruda esemplarità, di offrire una sintesi volutamente non schierata del dinamico contrasto sociale alla follia, che dall'angoscia verso la sacralità del pazzo, dell'amara diffidenza verso il genio e la sregolatezza, si è tradotto in termini di negazione, di demonizzazione e di emarginazione di ogni presunta o reale differenza. E qui sono origi-

nalmente documentate le aberrazioni di una scienza succube del potere, esemplificata dalla presunzione lombrosiana di stampo morfologico (oggi genetico) di cui sono documentate alcune icone del delirio positivistico sulla intrinseca eppur imputabile diversità del pazzo morale,

del delinquente nato, del "genio" prodotti tutti di una chimerica e lacerante nostalgia di normalità, tanto rozzi, quanto paludati da ufficialità frenologica. Ma essa stessa si stempera nei richiami a Freud, a Basaglia, coinvolta, come è stata, dalla efficace sopraffazione delle sbarre metafisiche ad opera di interventi nel biochimismo dei nessi intellettivi e dei comportamenti: le une e gli altri troppo spesso deprivati dal rifiuto di umana pietà e insensibili alle luci di verità baluginanti tra le caligini della mente.

La esposizione suggerisce, a questo punto, altri percorsi: dalla produzione "artistica" dei malati mentali alla riaffermazione visionaria, dolorosa, delle follie corali e delle turgide tragedie esistenziali. C'è dunque moltissimo da capire e da ricordare tra le trecento opere esposte in una rassegna che emotivamente coinvolge e sconvolge attraverso "evidenze" d'autore sulla bontà, sulla provvisorietà, sulla fallibilità delle nostre credenze ed idee. Ma, al centro del labirinto si assiste meravigliati, attenti, commossi all'esplosione della grande arte, qui emblematicamente richiamata. Vi si trovano, tra gli altri, Van Gogh, Munch, Kirchner, Ligabue, con straordinari prodotti convenuti da ogni parte del mondo a sublimare l'arcano di un evento davvero meritevole di essere partecipato, vissuto come meta di una singolare escursione senese.

Scrive lo stesso Sgarbi che «*la scelta delle opere privilegia i documenti espressi dalla condizione di disagio mentale come finestra su mondi sconosciuti che è impossibile raggiungere se non attraverso i sentieri laterali e misteriosi della follia*». Il medico può goderne in modo privilegiato perché la sua formazione scientifica e umanistica lo porta a cogliere, meglio di altri, le ragioni di una provocazione di marca assolutamente geniale. **TM**





“Lazzaro vieni fuori”, ma Lazzaro restò in coma

ANTONIO PANTI

*Solo paura ci equilibra tra una morte naturale
(la bella morte all'antica) e questa
morte organizzata?*

D.M. Turoldo da “il sesto angelo”

Ll dilemma della medicina moderna sta tutto qui. Il Vangelo di S. Giovanni (capitolo 11 v.1/54) narra la storia di Lazzaro, un malato in fase terminale. Le sorelle mandano a chiamare Gesù, di cui conoscono le virtù guaritrici, che, però, aspetta qualche giorno prima di recarsi alla sua casa, trovandolo ormai sepolto. Dopo un colloquio con la sorella, di cui accerta la fede, Gesù ordina di aprire il sepolcro, richiama Lazzaro alla vita, gli fa togliere il sudario e Lazzaro torna a casa, vivo e nelle condizioni in cui era prima di ammalarsi. Un miracolo di cui ancora si parla. Ma potremmo fantasiosamente immaginare, come succede spesso in terapia intensiva, che Lazzaro riprenda a respirare ma resti in stato vegetativo. I parenti sconvolti, gli astanti sconcertati e, infine, le discussioni: colpa del profeta? Chiedere un risarcimento? Che farne del povero Lazzaro? E chi ne sopporta i costi assistenziali?

L'apologo è molto serio se oggi società scientifiche e associazioni di malati lanciano ai medici un avvertimento: “do not resuscitate”. Però tuttora di un medico bravo si dice che “fa miracoli”; ci si attende di guarire sempre e i medici hanno fomentato questa illusione e parlano spesso di “miracoli della scienza”.

Ma la scienza, che di conquiste e grandissime ne ha fatte molte, non ha capacità soprannaturali. Non sempre il malato guarisce, talora resta vivo ma col sudario addosso. E allora nascono i problemi. Infatti non tutti hanno lo stesso parere. C'è chi, pur di vivere, è disposto a “sopportare i sassi e i dardi dell'avversa fortuna” ma c'è chi ha un differente concetto della dignità e della vita.

Oggi si muore assistiti dal medico fino al termine e il decesso avviene quasi sempre non secondo il decorso naturale del male ma secondo le scelte terapeutiche. Al di là delle distorsioni ideologiche della realtà, in quell'impasto di biologia e di cultura che è la vita, non vi è dubbio che la morte oggi è “organizzata” dentro quel complesso

di atti “artificiali” rappresentato dalle cure mediche soltanto abbandonando le cause, o per scelta del paziente o per riconosciuto accanimento, si potrà avere finalmente una fine naturale, la “bella morte all'antica”.

Ma ancora adesso si dice di un medico molto bravo che è un “Padreterno”. Il medico però non è il sovrano della relazione col paziente. Su questo assunto il codice deontologico è chiaro oltre ogni ragionevole dubbio. Chi decide allora e che ruolo ha il medico? Un medico, ricordiamolo, il cui intervento è fallito, quindi ne ha la responsabilità, ma che ha sempre agito in scienza e coscienza. Ma quale è la misura dell'accanimento terapeutico? E' questo un concetto clinico o un valore di ciascun paziente?

Il paziente può essere perfettamente “competente”, come si dice ora. Allora non esistono dubbi, spetta a lui decidere sull'inizio o no delle cure. Se il paziente non è in condizione di decidere allora dovrebbero subentrare le cosiddette direttive anticipate. Ma questa è ancora una questione aperta, nonostante la norma del codice deontologico che assegna al testamento di vita un valore obbligante per il medico. Ancora più complessa è la questione della sospensione delle cure già iniziate. Il paziente capace può certamente interrompere qualsiasi cura, compresa la nutrizione artificiale. E se è in stato vegetativo? In realtà il problema non dovrebbe essere diverso perché o decide il paziente o decide il medico. Se medico e paziente hanno diverse concezioni della vita, allora chi subisce le conseguenze della cura dovrebbe rinunciare alla propria libertà?

Si potrebbero trarre due morali. La prima è che i “miracoli” o si fanno bene o meglio un bagno di modestia. L'umiltà è una virtù da riconquistare e da insegnare agli studenti. La seconda è che la tecnica inventa sempre nuove soluzioni che risolvono i problemi delle persone. Quindi sono irrinunciabili e non ha alcun senso vietarle a qualsiasi titolo. Quale è allora il limite, potremmo dire, “d'uso” della medicina? Il codice deontologico e la norma costituzionale ne individuano uno solo, l'autodeterminazione del paziente, nel quadro delle leggi e del consenso sociale.

TM



Arriva la contribuzione per il fondo generale dell'Enpam

Nei primi giorni di marzo sono cominciati ad arrivare gli avvisi di pagamento relativi alla "quota A" del Fondo di previdenza generale dell'Enpam. Si tratta di una contribuzione che interessa

tutti i medici che sono tenuti ad essere iscritti agli Albi provinciali della categoria e di conseguenza al pagamento dei contributi al loro ente nazionale di previdenza. In generale il sistema previdenziale si ispira ad esigenze di solidarietà sociale. Il che, come ha affermato una importante sentenza della Corte Costituzionale (n. 707, 23 giugno 1988), impone di prescindere da elementi soggettivi quali la maggiore o minore attività professionale e la diversa remunerazione dell'assicurato. Questo principio *solidaristico* dei sistemi previdenziali giustifica l'onere di contribuzione a carico di tutti gli appartenenti all'Ordine professionale al solo presupposto del potenziale svolgimento dell'attività, connesso all'iscrizione dell'Albo relativo e ancorché dipendenti da un ente (Corte Costituzionale n. 88, 17 marzo 1995). L'Enpam, pur trasformato in ente privato, continua a svolgere le attività previdenziali ed assistenziali a favore della categoria dei professionisti medici ed odontoiatri per la quale era stato originariamente istituito, fermo restando la obbligatorietà della iscrizione e della contribuzione. Il contributo è dovuto dal mese successivo all'iscrizione all'Albo, sino al mese precedente quello di decorrenza della pensione di invalidità, o al mese di compimento del 65° anno,

o, in via facoltativa, fino al 70° anno di età. L'incarico di riscuotere su tutto il territorio nazionale i contributi è stato affidato ad Equitalia Esatri che provvede a trasmettere al domicilio degli iscritti i relativi bollettini di pagamento. Gli importi dovuti possono essere

CLAUDIO TESTUZZA

Medico Chirurgo, esperto in Previdenza, Roma

versati, in un'unica soluzione, entro il 30 aprile dell'anno di riferimento del contributo ovvero in quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre e 30 novembre. Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal pagamento del contributo. In tal caso, per ottenere le istruzioni necessarie deve essere inoltrata ad Equitalia Esatri S.p.A (tramite i canali telematici indicati sul sito www.taxtel.it) un'istanza nella quale devono essere indicati il nome, il cognome, il codice fiscale e l'indirizzo. L'Enpam ha previsto, anche, la domiciliazione bancaria con addebito permanente in conto corrente ovvero il pagamento mediante internet, ed altre condizioni che sono specificate nella lettera di accompagnamento all'avviso di pagamento. Gli importi che saranno posti in riscossione nel corso dell'anno 2009, oltre al contributo annuo di 38 euro per la copertura dell'onere derivante dall'indennità di maternità, sono: € 185,66 annui per tutti gli iscritti fino al compimento del 30° anno di età; € 360,38 annui per tutti gli iscritti dal compimento del 30° anno di età fino al compimento del 35° anno di età; € 676,28 annui per tutti gli iscritti dal compimento del 35° anno di età fino al compimento del 40° anno di età; € 1.248,96 annui per tutti gli iscritti dal compimento del 40° anno

I CONTRIBUTI ENPAM AL FONDO GENERALE

- € 185,66 annui (€ 15,47 mensili) per tutti gli iscritti fino al compimento del 30° anno di età.
- € 360,38 annui (€ 30,03 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 30° anno di età fino al compimento del 35° anno di età.
- € 676,28 annui (€ 56,36 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 35° anno di età fino al compimento del 40° anno di età.
- € 1.248,96 annui (€ 104,08 mensili) per tutti gli iscritti dal compimento del 40° anno di età fino al compimento del 65° anno di età.
- € 676,28 annui (€ 56,36 mensili) per gli iscritti ammessi, entro il 31 dicembre 1989, al beneficio della contribuzione ridotta "Quota A", in quanto forniti di diversa copertura previdenziale obbligatoria.

N.B. Oltre agli importi sopra elencati, tutti gli iscritti sono tenuti a corrispondere un contributo annuo di € 38,00 per la copertura dell'onere derivante dalle indennità di maternità, aborto, adozione e affidamento preadottivo.

di età fino al compimento del 65° anno di età.; € 676,28 annui per gli iscritti ammessi, entro il 31 dicembre 1989, al beneficio della contribuzione ridotta "Quota A". Questi ultimi e quelli di età inferiore ai 40 anni possono chiedere di essere ammessi a contribuzione intera. Tale opzione è irrevocabile e consente di accedere al cosiddetto riscatto di "allineamento". Infatti il regolamento dell'istituto prevede, per gli iscritti di qualunque età che contribuiscono nella misura intera, la possibilità di poter chiedere di effettuare il riscatto per allineare alla contribuzione prevista per gli ultra quarantenni uno o più anni prodotti a contribuzione inferiore. Il riscatto avviene mediante versamento di un contributo pari alla riserva matematica necessaria per la copertura assicurativa dell'incremento pensionistico conseguibile con il riscatto medesimo. I contributi sia quelli fissi ed

anche quelli del riscatto di allineamento sono interamente deducibili dall'imponibile Irpef. I versamenti per il riscatto prevedono la possibilità di un contributo in un'unica soluzione ovvero in rate semestrali per un numero di anni non superiore a quelli da riscattare aumentati del 50%. In caso di mortalità o decesso prima del completamento del versamento rateale, il riscatto dei contributi viene considerato come interamente effettuato. Il debito residuo, senza interessi, viene trattenuto sulle prestazioni in misura non superiore al 20% del loro importo sino ad estinzione. Qualora nessun versamento sia stato effettuato, i superstiti dell'iscritto possono rinunciare al riscatto al momento della presentazione della domanda di pensione. Per l'iscritto riconosciuto invalido la rinuncia può essere attuata entro 60 giorni dall'accoglimento della domanda di invalidità. **TM**

RICORDO

Lutti per la medicina

Un anno fa scompariva **Giovanni Turziani**, Presidente per venticinque anni dell'Ordine di Firenze, fondatore della FIMMG, Vicepresidente della Federazione Nazionale degli Ordini, medaglia d'oro della Sanità pubblica.

Uno dei personaggi storici della rinascita delle professioni nel dopo guerra, un uomo che, la di là dei molteplici incarichi pubblici, ha fortemente influenzato, con le idee e con le azioni, sia la storia dell'organizzazione sanitaria nel nostro paese, culminata con la istituzione del servizio sanitario nazionale, che l'evoluzione della figura professionale del medico, nel travolgente sviluppo della medicina negli ultimi decenni del secolo scorso.

Un amico, un uomo intelligente, un esempio di dirittura morale e di coerenza con le idee di combattente per la libertà.

Antonio Panti

L 10 dicembre u.s. è mancato improvvisamente all'affetto dei suoi cari il **prof. Massimo Baldini**.

Un grave lutto per la cultura e la medicina italiana e, per tutti coloro che lo avevano conosciuto ed apprezzato per le sue doti umane, la sua simpatia e la sua grande cultura al servizio della scienza e della medicina.

Nato a Greve in Chianti nel 1947, aveva insegnato filosofia prima a Siena, poi a Perugia Storia del pensiero scientifico e a Bari filosofia del linguaggio. Negli anni 80 diresse, insieme a Dario Antiseri una Sezione di Epistemologia presso l'Istituto di storia della medicina di Roma.

Nell'opera *I fondamenti epistemologici dell'educazione scientifica* (1976) scriveva: "L'insegnante deve mettere in evidenza gli aspetti investigativi della scienza, deve stimolare la creatività e lo spirito critico dei suoi allievi (...) deve far capire che quello dello scienziato è quello dell'interprete" ed evidenziare "l'incompletezza e l'incertezza che caratterizzano le conoscenze scientifiche attuali".

Tra le numerose opere giova ricordare: *Teoria e storia della scienza* (1975) e, dello stesso anno, *Epistemologia contemporanea e clinica medica*, nel qua-

le lamentava il mancato incontro tra epistemologi e clinici e l'utilità, per questi ultimi, dei fondamenti logici del metodo scientifico che avrebbe permesso loro di non "ingannarsi sul cammino percorso" dalle loro decisioni.

Negli anni 80 pubblicò *Congetture sull'epistemologia e sulla storia della scienza*, e *Karl Popper e Sherlock Holmes*, sui rapporti tra lo scienziato, il medico ed il detective, nel quale sosteneva che raramente i medici, gli storici e i detective "si trovano nelle condizioni di doversi preoccupare delle leggi universali implicate nelle loro spiegazioni".

Nel 2000, insieme a Donatella Lippi, pubblicò *La medicina: gli uomini e le teorie*, nel quale i due Autori sostenevano che la storia della medicina non è una disciplina che consente ai medici di conoscere i fondamenti metodologici del passato e di imparare a guardare al di là degli specialismi del presente.

Nel 1993, stampò presso Mondadori anche un divertente e colto volumetto dal titolo *Medicina: la borsa o la vita*, contenente cinquecento aforismi, su medici, pazienti ed il loro eterno conflitto, che Baldini aveva scelto tra i tanti scritti dai tempi di Ippocrate ai giorni nostri.

Aldo Pagni



Tariffe e onorari in libera professione

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Firenze ha approvato un documento di indirizzo in materia di tariffe e onorari per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche in regime di libera professione. Il documento, partendo dalla constatazione che con il cosiddetto "Decreto Bersani" è stato abrogato il tariffario professionale, richiama l'attenzione dei medici e degli odontoiatri sul disposto dell'art. 54 del Codice Deontologico, che afferma alcuni importanti principi in tema di onorari professionali. In primo luogo, il principio fondamentale della intesa diretta fra medico e paziente in tema di onorari, poi il principio della decorosità dell'onorario e della sua previa prospettazione al cittadino. Il documento approvato dal Consiglio intende fornire suggerimenti e raccomandazioni ai medici e agli odontoiatri per prevenire il contenzioso medico-paziente che molto spesso origina da mere ragioni economiche e affronta anche la questione delle prestazioni gratuite, troppo spesso utilizzate come semplice strumento di accaparramento della clientela. L'Ordine, invita tutti gli iscritti ad attenersi, quale strumento di ausilio per un comportamento deontologicamente corretto nei confronti degli assistiti.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

TARIFFE E ONORARI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI PER PRESTAZIONI RESE IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE

(allegato alla deliberazione consiliare n. 19 del 19/01/2009)

DOCUMENTO DI INDIRIZZO

La materia degli onorari professionali per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche è stata recentemente oggetto di "liberalizzazione" ad opera del cosiddetto "Decreto Bersani".

Infatti in precedenza, in forza della Legge 21 febbraio 1963 n. 244 e del DPR 17 febbraio 1992, era previsto in via normativa, un tariffario minimo per le prestazioni di cui trattasi, cui i medici e gli odontoiatri erano tenuti ad attenersi, non potendo praticare tariffe a valori inferiori a quelli previsti dalle citate norme.

L'art. 2 del Decreto Legge 4 luglio 2006 n. 223, convertito con modificazioni nella Legge 4 agosto 2006 n. 248 ha però abrogato le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero-professionali e intellettuali, l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime.

Di conseguenza, è abrogata la Legge n. 244 del 1963 e non sono più in vigore i minimi tariffari fissati con il DPR 17 febbraio 1992.

Prendendo atto del mutamento del quadro normativo di riferimento, il Codice Deontologico, nella sua ultima revisione del 2006, all'art. 54 detta alcuni importanti principi in tema di onorari professionali.

In primo luogo, viene stabilito il principio primario e fondamentale

dell'intesa diretta fra medico e paziente, nel senso che viene fortemente privilegiato il rapporto fiduciario anche dal punto di vista della fissazione dell'onorario, a corollario di un corretto e trasparente rapporto fra il professionista e il cittadino.

Inoltre viene stabilito che l'onorario deve essere decoroso, nel senso che deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenuto conto delle competenze professionali e dei mezzi impiegati allo scopo.

Infine viene previsto l'obbligo da parte del professionista di far conoscere preventivamente il suo onorario all'assistito. Questo principio rappresenta il completamento del primo enunciato, in quanto l'intesa diretta fra medico e paziente circa l'onorario non può che discendere da una programmazione del piano terapeutico, valutato anche sotto l'aspetto economico.

In buona sostanza, quindi, l'art. 54 del Codice Deontologico impone al professionista di tenere un comportamento chiaro e trasparente fin dall'inizio con l'assistito, per quanto riguarda gli aspetti economici della prestazione, che ben si accorda con la liberalizzazione tariffaria imposta dal Decreto Bersani. Infatti la caducazione di un tariffario di riferimento, al quale il professionista e il cittadino

in precedenza sapevano di doversi attenere e la rimozione di vincoli in materia di onorari, impongono oggi più che mai chiarezza di rapporti fra medico e paziente, per evitare che, una volta eseguita la prestazione, il cittadino si trovi ad affrontare l'aspetto economico della stessa, totalmente ignaro della sua entità, dando così luogo ad una situazione in cui è facile che si instauri un contenzioso per motivi meramente economici.

Questa evenienza, purtroppo, non è rara e l'Ordine in questi ultimi tempi si è trovato ad affrontare casi in cui il cittadino formula rilievi in merito all'entità economica di una prestazione sanitaria, evidentemente perché in precedenza non adeguatamente informato su questo aspetto dal professionista.

Si tratta di una forma di contenzioso che sarebbe facilmente evitabile, solo che il professionista rendesse nota in anticipo, in modo chiaro e argomentato, la sua tariffa professionale, in modo che il cittadino possa valutare consapevolmente se, a suo giudizio, sia utile e conveniente ricorrere alla prestazione del medico, oppure declinare questa possibilità e magari rivolgersi ad altro professionista.

È quindi fortemente raccomandato di sottoporre all'assistito un preventivo di spesa possibilmente scrit-



to, soprattutto nei casi di prestazioni complesse e di terapie prolungate nel tempo, redatto all'inizio del rapporto professionale e poi eventualmente aggiornato, se necessario, nel prosieguo del trattamento terapeutico, in modo che il cittadino sia pienamente consapevole degli aspetti economici della prestazione professionale, accettando la quale accetta anche la tariffa proposta.

Ovviamente si tratta, in questi casi, di situazioni che non rivestono carattere di urgenza, nel senso che la necessità della previa accettazione da parte del cittadino del preventivo di spesa non deve essere di ostacolo all'esecuzione di una prestazione sanitaria che il professionista ritenga urgente e non differibile, perché in tal modo si violerebbe il primario dovere di assistenza che evidentemente prevale su ogni altra considerazione.

E altrettanto ovviamente si deve ricordare che qui si tratta delle prestazioni libero-professionali e cioè di tutte quelle prestazioni che sono rese al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, per le quali il cittadino ha tutto il diritto di rivolgersi a qualunque sanitario libero professionista di sua scelta.

Infatti le prestazioni rese nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale sono espressamente escluse dal Decreto Bersani dal processo di liberalizzazione, ivi compreso l'esercizio professionale in regime di intramoenia.

Per quanto riguarda le strutture sanitarie private, per le prestazioni rese al di fuori di eventuali rapporti di convenzione con il SSN, valgono le stesse considerazioni svolte per i sanitari liberi professionisti.

E infine, a corollario di quanto sopra, deve essere ben presente che nell'ambito libero-professionale, non sono consentite intese fra professionisti tese ad imporre alla clientela un tariffario uguale e predefinito, in quanto ciò sarebbe interpretato come un comportamento anti-con-

correnziale, vietato dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di prestazione di servizi professionali, con il rischio di essere sanzionato dall'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato.

Pertanto né l'Ordine, né altri soggetti hanno il potere di stabilire tariffe predeterminate per le prestazioni libero-professionali imponendole ai propri associati. Eventuali indicazioni in materia tariffaria, quindi, possono essere fornite solo come meri suggerimenti di comportamento, ma assolutamente non vincolanti per il professionista e per il cittadino.

Per quanto riguarda le prestazioni a titolo gratuito, l'art. 54 del Codice Deontologico prevede che possano essere rese solo in circostanze particolari e purché non costituiscano forme di concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela.

In proposito, l'Ordine di Firenze ha già avuto modo di pronunciarsi allorché ha deliberato le "Linee di indirizzo sulla pubblicità sanitaria". In quella sede, fra l'altro, è stato chiaramente affermato che l'effettuazione di prestazioni a titolo gratuito, è possibile limitatamente ai seguenti casi:

- in situazioni specifiche ed episodiche, sulla base di considerazioni personali nei confronti del singolo paziente;
- nei confronti di assistiti che versino in situazioni di indigenza o emarginazione sociale;
- nei confronti dei colleghi e dei loro familiari.

Tali condizioni si ritiene debbano essere riaffermate e ribadite, in quanto utili a tutelare il decoro della categoria, evitando che le prestazioni gratuite siano utilizzate come mero strumento commerciale di richiamo alla clientela.

Ovviamente non rientrano in questa ipotesi, e sono quindi da considerarsi legittime, le prestazioni gratuite rese dai professionisti aderenti ad iniziative di promozione e di informazione sanitaria, organizzate

da Enti pubblici od organismi privati e finalizzate all'educazione sanitaria dei cittadini.

Alla luce delle considerazioni di cui sopra, l'Ordine ritiene opportuno richiamare i propri iscritti all'osservanza delle seguenti regole di comportamento, in attuazione dei principi di cui all'art. 54 del Codice Deontologico.

Nell'ambito dell'attività libero-professionale, i medici chirurghi e gli odontoiatri sono tenuti a:

- far conoscere preventivamente agli assistiti il loro onorario, nell'ambito del rapporto fiduciario fra medico e paziente, teso a privilegiare l'intesa diretta, non solo al trattamento terapeutico proposto, ma anche ai costi che tale trattamento comporta;
- commisurare l'onorario alla difficoltà, complessità e qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze professionali del medico e dei mezzi impiegati;
- evitare intese fra professionisti tese ad imporre tariffe uguali e concordate per i servizi professionali;
- erogare eventuali prestazioni a titolo gratuito solo in casi particolari e non indiscriminatamente come richiamo alla clientela.

Nel caso di contenzioso fra medico e paziente per ragioni di onorari, se il professionista ha mancato di rispettare le regole di cui sopra, l'Ordine si riserva la possibilità di esprimere parere di congruità riducendo l'entità dell'onorario richiesto dal professionista, in quanto il mancato rispetto delle regole di cui sopra può rappresentare una "compromissione" della qualità della prestazione.

In proposito, il professionista che richiede all'Ordine l'espressione del parere di congruità in presenza di una insolvenza da parte dell'assistito, è tenuto a dimostrare di aver sottoposto all'assistito il preventivo di spesa e, nel caso in cui non sia in grado di fornire tale dimostrazione, di esplicitarne i motivi.

ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL COMITATO CENTRALE DELLA FNOMCeo

Si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Comitato Centrale della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, per il triennio 2009-2011. Il Comitato Centrale ha eletto Presidente: Amedeo Bianco, Vice Presidente Maurizio Benato, Segretario Gabriele Peperoni, Tesoriere Raffaele Iandolo. In seno al Comitato Centrale è stato eletto anche Sergio Bovenga, Presidente dell'Ordine dei Medici di Grosseto.

Ai Colleghi gli auguri di Toscana Medica.



Sulla denuncia degli immigrati irregolari

Il Consiglio Nazionale della Federazione degli Ordini dei Medici italiani, riunito il 20 e 21 febbraio scorsi a Roma, ha espresso viva preoccupazione e forte dissenso per i contenuti del disegno di legge approvato dal Senato il 5 febbraio scorso e in discussione alla Camera, che abroga il divieto di denuncia, da parte del medico, degli immigrati irregolari in occasione di prestazioni sanitarie. Il Consiglio Nazionale ha evidenziato come tale procedu-

ra sarebbe in netto contrasto con i principi della deontologia medica che impongono ai medici di curare ogni individuo senza discriminazioni legate all'etnia, alla religione, al genere, all'ideologia e di mantenere il segreto professionale. Inoltre il Consiglio Nazionale, nel ribadire che eventuali infrazioni del Codice Deontologico da parte dei medici saranno sanzionate dagli Ordini di iscrizione, ha anche segnalato il rischio che si creino percorsi clande-

stini di cura, sottraendo al controllo della sanità pubblica le patologie diffuse emergenti. Il Consiglio Nazionale, quindi si è appellato al Parlamento affinché siano salvaguardate le superiori esigenze di tutela della salute e gli imprescindibili principi di solidarietà. Infine il Consiglio Nazionale ha garantito la propria vicinanza ai medici che dovessero incorrere in procedimenti sanzionatori per aver rispettato i doveri deontologici.

Consegna ricette e certificati: garantire la privacy

Giungono all'Ordine numerose richieste di chiarimento a proposito della consegna ai pazienti delle ricette e dei certificati, alla luce della normativa sulla privacy. In proposito l'Ordine ricorda che il Testo Unico sulla protezione dei dati personali prevede che ogni documento contenente i dati personali del paziente deve essere consegnato direttamente all'interessato o ad altra persona da lui espressamente delegata al ritiro. Questa regola vale sia per le strutture sanitarie pubbliche e private, ma anche per i medici convenzionati e i liberi professionisti. In buona sostanza il certificato o la ricetta devono essere consegnati nelle mani del diretto interessato. In questo caso non sarà necessario inserire il documento in una busta

chiusa, proprio perché consegnato direttamente al paziente. Qualora invece il ritiro del documento avvenga da parte di un delegato, il medico deve aver cura di acquisire una delega scritta del paziente che lo autorizza a consegnare il documento ad un altro soggetto. In questo caso è opportuno che il documento sia inserito in una busta chiusa e, in questo modo consegnato al delegato. Queste operazioni, di acquisizione della delega e di consegna della busta, possono anche essere effettuate dal personale di segreteria dello studio medico, purché siano osservate le regole di cui sopra. È inoltre opportuno che le deleghe scritte siano conservate dal medico per un tempo ragionevolmente sufficiente per evitare

eventuali contestazioni. Quanto alla prassi di inserire i documenti sanitari (ancorché sigillati in busta chiusa) in contenitori o raccoglitori posti nelle sale d'attesa degli studi medici, l'Ordine ritiene che si tratti di una prassi non corretta, perché non garantisce che il soggetto che ritira la busta sia effettivamente legittimato a ritirarla e quindi c'è il rischio che i dati sanitari vengano indebitamente conosciuti da soggetti non autorizzati. Si suggerisce, quindi, di ubicare i contenitori e i raccoglitori non nelle sale d'attesa, ma nello spazio di lavoro della segreteria che, in quanto soggetto incaricato dal medico a svolgere tale lavoro, ha titolo per identificare il richiedente e consegnargli quanto dovuto.

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

COMMISSIONE ODONTOIATRI - il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45 - CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI
 sito Internet dell'Ordine

AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: ammifirenze.altervista.org
 FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter:

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

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



Menopausa e qualità della vita

TOSCANA MEDICA – Alcuni momenti della vita della donna, peraltro del tutto fisiologici, come la gravidanza ed il parto, presentano tuttavia una spiccata tendenza a venire più o meno medicalizzati. Un altro di questi momenti è rappresentato dalla menopausa. Secondo la vostra esperienza come è vissuta oggi la menopausa dal punto di vista socio-antropologico?

BRUNI – La sempre maggiore importanza nella società delle donne, la loro longevità ed il loro numero maggiore rispetto agli uomini hanno finito per porre un'attenzione quasi fideistica alla menopausa ed ai problemi ad essa connessi.

Si tratta di un momento molto importante per tutte le donne che vi si adattano con atteggiamenti e comportamenti del tutto differenti tra di loro.

Alcune donne infatti considerano la menopausa come un'ottima occasione per colloquiare sul cambiamento con spirito positivo, soprattutto per quanto riguarda le fisiologiche modificazioni del corpo e della sessualità, con la capacità di affrontare il momento di transizione, in un atteggiamento propositivo nei confronti della vita futura con un maggior investimento sulle proprie risorse intellettuali.

Altre donne al momento della menopausa presentano invece una sintomatologia depressiva relativa al pensionamento, in uno stato sovente di solitudine come dimensione psicologica (il "sentirsi soli") e come elemento reale ("essere soli"); con ripiegamento continuo sul passato in un vero e proprio "festival delle occasioni perdute", secondo la efficace definizione di Iole Baldaro Verde. Per altre la menopausa è vissuta come minacciosa aggressione alla propria immagine femminile ed efficiente in una sorta di corsa ad ogni tentativo che possa in qualche modo salvare il mito di una non distrutta giovinezza.

Una terza categoria infine raccoglie quelle donne tristi e sfiduciate che sembrano trovare nella condizione menopausale un nuovo stato biologico che in qualche modo giustifichi tutte le loro precedenti situazioni irrisolte in una penalizzazione quotidiana di una vera o presunta carenza estrogenica.

BRANDI – Vorrei ricordare che il sinonimo di menopausa è climaterio e che l'etimologia di quest'ultimo termine significa letteralmente "scalino" e quindi per estensione "passaggio non traumatico" ed in passato tali erano infatti considerati sia il menarca che la menopausa.

Oggi invece, soprattutto a causa dell'allungamento della vita media, la menopausa ha perduto la sua connotazione originale di "atraumaticità", diventando un vero e proprio spartiacque tra due età della vita, più o meno accettato secondo quanto diceva prima la prof.ssa Bruni.

A parte le notazioni "filosofiche", le donne moderne quando raggiungono la menopausa cercano sostanzialmente di mantenere il proprio stato di benessere e per fare questo si informano, leggono, discutono, si confrontano, si tengono aggiornate.

Un livello maggiore di informazione a livello di popolazione ovviamente finisce per giovare anche alle donne più giovani che riescono in questo modo ad arrivare alla menopausa in maniera consapevole ed adeguatamente preparate:

il climaterio si riappropria pertanto del suo significato originale di "passaggio" senza alcuna connotazione di ansia o paura.

CELESTI – L'età della menopausa, nonostante l'allungamento della vita media (85 anni) è rimasta pressoché imm modificata nel corso dei secoli e i 50 anni rappresentano ancora per una donna l'età "critica", di "passaggio" caratterizzata da importanti cambiamenti biologici, psicologici, relazionali e sessuali. Questo significa che l'impatto psicologico della menopausa è fortemente condizionato dall'importanza che una certa cultura attribuisce alla procreazione, alla fertilità, all'invecchiamento e ai ruoli femminili. Per questo è indispensabile che ogni donna sappia essere protagonista della propria vita riappropriandosi di una nuova cultura sulla base delle nuove conoscenze scientificamente ormai già ben accertate e condivise.

BECORPI – Anche se si tratta di un momento del tutto fisiologico, è esperienza comune che l'intensità della sintomatologia clinica ad esso associata finisca spesso per ripercuotersi negativamente sulla qualità della vita delle donne che raggiungono la menopausa.

Questa osservazione di comune riscontro nella pratica clinica quotidiana di chi si occupa di simili problematiche è sostenuta da importanti studi epidemiologici italiani e stranieri.

In Italia abbiamo disponibili i dati di una importante indagine osservazionale prospettica (Progetto Menopausa Italia) che ha esaminato circa 300.000 donne afferenti

ROSANNA ABBATE¹, ANGELAMARIA BECORPI²,
MARIA LUISA BRANDI³, VINCENZINA BRUNI⁴,
ANNAMARIA CELESTI⁵, SILVIA MAFFEI⁶,
TERESITA MAZZEI⁷, LORETTA POLENZANI⁸

¹ Ordinario di Medicina Interna, Università degli Studi di Firenze.

² Dirigente Medico, Ambulatorio di Fisiopatologia della Menopausa SOD I Ostetricia e Ginecologia, Ambulatorio Menopausa Oncologica SOD Oncologia Medica Ginecologica, AOU Careggi Firenze.

³ Ordinario di Endocrinologia, Università degli Studi di Firenze.

⁴ Ordinario di Ginecologia, Università degli Studi di Firenze.

⁵ Ginecologa, Vicepresidente della Commissione Sanità del Consiglio Sanitario Regionale

⁶ Responsabile Servizio di Endocrinologia cardiovascolare e ginecologica, Fondazione "Monasterio" di Pisa.

⁷ Ordinario di Chemioterapia, Università degli Studi di Firenze.

⁸ Medico di Medicina Generale a Prato.

PARTECIPANO

Rosanna
AbbateAngelamaria
BecorpiMaria Luisa
BrandiVincenzina
BruniAnnamaria
CelestiSilvia
MaffeiTeresita
MazzeiLoretta
Polenzani

ai Centri per la menopausa in relazione alla sintomatologia presentata ed ai bisogni espressi. È stato pertanto evidenziato che nella fascia di età media di 53 anni, oltre il 30% delle donne studiate presentava sintomi vasomotori di entità moderata, il 20% li presentava di entità severa, il 47% lamentava disturbi del sonno e ben il 50% disturbi da moderati a severi del tono dell'umore.

A questi dati bisogna poi aggiungere che, sebbene l'80% delle pazienti presenti l'insorgenza dei sintomi nei primi dodici mesi dopo l'ultima mestruazione, in più dell'85% dei casi la sintomatologia persiste oltre l'anno, con punte fino a 5 anni in un range che va dal 25 all'85% (secondo i vari studi) delle donne esaminate. Queste sono pertanto donne che, ancora giovani e magari con ruoli sociali e lavorativi di rilievo, devono essere aiutate e supportate in maniera attenta e partecipata.

ABBATE – La mia esperienza di internista con le donne che si avvicinano alla menopausa è quella di una sempre maggiore consapevolezza di accingersi ad affrontare una fase importante di transizione, sulla quale basare e costruire il proprio futuro, che oggi può essere anche di lunga durata.

Sulla scorta di queste considerazioni le donne, adesso molto informate e consapevoli del momento che dovranno vivere, in molti casi tendono a “medicalizzare” la menopausa chiedendo al medico, ad esempio, la tanto decantata “Terapia Ormonale sostitutiva” (TOS) nonostante le problematiche ad essa connesse.

POLENZANI – L'approccio alla menopausa in Medicina Generale è diverso da quello dello specialista. Estremizzando il concetto si potrebbe quasi dire che nel mio ambito di lavoro la menopausa come entità autonoma non esiste. Esistono donne che avvertono dei cambiamenti, talora dei sintomi fonte di disagio e malessere: come tali vanno accolti e letti. Più raramente ci troviamo di fronte a situazioni più complesse che trovano nella menopausa un momento determinante o scatenante. Diversa è la situazione delle donne, non più dell'1% della popolazione della Medicina Generale, che si rivolgono a strutture specialistiche o “di riferimento” per gestire una situazione clinica oppure un bisogno, reale o indotto che sia.

Abitualmente i medici di famiglia trovano tra le loro assistite in climaterio alcune che non presentano problemi di sorta accanto ed altre che vivono con sofferenza e disagio questo periodo.

Un limite è rappresentato dal fatto che in molti casi i medici tendono più a prendere in considerazione l'aspetto “medico-ormonale” della menopausa dimenticando che sono molte le variabili da esaminare in questo particolare momento di passaggio: lo stato sociale, il livello di cultura, l'attività lavorativa, l'ambiente familiare, la costruzione di aspettative ed interessi personali.

I medici di famiglia dovrebbero essere adeguatamente formati ad accogliere ed a gestire lo stato di disagio, sia fisico che psicologico, delle donne in menopausa, cercando di non medicalizzarlo in maniera eccessiva ma anche di non sottovalutarlo.

MAFFEI – In primo luogo bisogna sottolineare che si tratta di un periodo che deve uscire dal ristretto campo di intervento della sola Ginecologia (al contrario di quanto generalmente si suppone) dal momento che gli effetti della mancata produzione ormonale comportano il coinvolgimento diretto di tutti gli organi e gli apparati. Infatti è stato ormai dimostrato che nella donna i processi di invecchiamento veri e propri iniziano sin dalla premenopausa.

Siamo di fronte ad un'epoca della vita femminile in cui, al di là degli aspetti più strettamente ginecologici o terapeutici, la donna è spinta a fare un bilancio complessivo della propria condizione, sia organica che psicologica, iniziando anche ad individuare i propri personali aspetti di ereditarietà o predisposizione nei confronti di alcune malattie, come per esempio quelle cardiovascolari che tutt'ora rappresentano la principale causa di morte del sesso femminile.

In una simile ottica preventiva tutte le donne, per quanto possibile, dovrebbero pertanto essere caratterizzate dal punto di vista endocrino-ginecologico ed internistico per migliorare quanto possibile la qualità della loro vita. Senza dimenticare, in tempi difficili di recessione, l'aspetto socio-economico favorevole rappresentato da un minore carico di spesa legato ad una buona azione preventiva: per fare un esempio si risparmia di più, in termini complessivi, a prevenire una frattura di femore che a curarla una volta che si sia presentata e lo stesso avviene per l'infarto e per l'ictus.

TOSCANA MEDICA – *Brevemente, cosa succede nell'organismo della donna al momento della menopausa?*

BRUNI – Nell'inevitabile processo di invecchiamento dell'organismo si inserisce anche la progressiva diminuzione degli estrogeni circolanti, espressione dell'esaurimento del patrimonio follicolare ovarico che culmina appunto con la menopausa.

Il complessivo invecchiamento e la carenza ormonale sono responsabili della comparsa di una sintomatologia clinica di differente importanza rappresentata da fenomeni ad insorgenza immediata come le vampate di calore ed altri che richiedono più tempo per manifestarsi come le distrofie genito-urinarie, le modificazioni cutanee e quelle della sfera sessuale. Le situazioni metaboliche più importanti sono comunque quelle di natura cardiovascolare ed osteoporotica.

BRANDI – Dal punto di vista endocrinologico l'esaurimento follicolare inizia con una progressiva incapacità di maturazione del corpo luteo che conduce ad una ridotta produzione di progesterone, con alterazioni del ciclo mestruale che possono comparire anche molto tempo prima della menopausa vera e propria. A seconda delle proprie caratteristiche, ogni donna avrà una personale storia clinica, che trova il suo fondamento in una condizione endocrinologica comune rappresentata da una progressiva carenza progesteronica ed in seguito estrogenica.

Questa situazione spiega anche le differenti opzioni terapeutiche disponibili, basate sul solo progesterone o sulle associazioni estroprogestiniche.

TOSCANA MEDICA – *Due domande consequenziali dopo questo inquadramento fisiopatologico della menopausa. La prima. Quando scompare il ciclo, una donna deve sempre e comunque rivolgersi al medico oppure può in qualche modo "fare da sola"? La seconda. Se una donna decide di rivolgersi al medico, con quali criteri deve eventualmente vedersi prescritta una terapia farmacologica?*

POLENZANI – Nella pratica della Medicina Generale vengono poste frequentemente domande e richieste che non hanno a che fare con un reale bisogno percepito. Esempio classico è rappresentato dalla donna che, in perfetta buona salute, va dal medico di famiglia e dice "ho quarantotto anni e non ho più il ciclo, sarà il caso che mi rivolga ad un Centro per la Menopausa o (peggio ancora!) che faccia una MOC?".

Esistono anche donne che al contrario presentano una sintomatologia estremamente fastidiosa, in grado di condizionarne la qualità della vita, oppure un disagio profondo connesso ad aspetti di "invecchiamento" e che, senza dubbio, necessitano di un aiuto complessivo e non solo farmacologico.

In questo senso dovrebbe collocarsi anche l'eventuale attività preventiva nei confronti di situazioni potenzialmente pericolose negli anni a venire, secondo quanto ricordato in precedenza.

CELESTI – Negli ultimi decenni molti e importanti sono stati i progressi sulla conoscenza dei mutamenti ormonali, biologici e psicologici che si verificano durante il climaterio e dopo la menopausa, processi che non giustificano più informazioni non corrette e discordanti su questa fase della vita. A tal proposito è importante sottolineare due aspetti: il primo è che oggi più di 1/3 delle donne va in menopausa, e la metà di queste vive ancora per oltre 30 anni. Poi il fatto che la carenza ormonale che si verifica solo in 1/4 dei casi non determina disturbi, mentre spesso è causa, a breve termine, di disturbi fisici e disagi psichici, relazionali e sessuali e, a lungo termine diventa un fattore di rischio per alcune malattie degenerative. Occorre dunque dare precise informazioni sui mutamenti che avvengono e precise indicazioni per un corretto stile di vita e sull'alimentazione, accompagnati eventualmente da trattamenti ormonali sostitutivi e/o altri presidi terapeutici, per poter eliminare o ridurre la maggior parte dei disturbi e prevenire o ritardare la comparsa di patologie correlate alla menopausa.

BRANDI – Io sono convinta che la prevenzione deve essere sempre e comunque ricercata e proprio per questo anche la menopausa, che arriva inesorabile per tutte le donne, deve essere utilmente sfruttata in questo senso. Proprio la Medicina Generale deve non lasciarsi scappare questa occasione preziosa, perché solo i medici di famiglia, contattati da una paziente in menopausa, conoscono con piena cognizione di causa le sue eventuali problematiche familiari in tema, ad esempio, di patologia cardiovascolare, neoplastica o fratturativa ossea.

BRUNI – Anche in chiave preventiva il ginecologo dovrà essere sempre e comunque il medico della donna e non soltanto del suo utero; in altro modo qualsiasi suo intervento non potrà che essere fallimentare.

BECORPI – Anche io sono d'accordo su quest'ultimo punto. Il ginecologo che inizia a seguire una paziente durante la pubertà, l'adolescenza, la vita adulta e le eventuali gravidanze, in stretta collaborazione col medico di famiglia, non può non partecipare in maniera attiva ad un vero e proprio percorso di prevenzione. Il nostro intervento oltre che di tipo preventivo, deve mirare alla risoluzione del disagio derivante dalla carenza estrogenica relativa al periodo climaterico, laddove sia presente. Le terapie specifiche possono modificare questa condizione e si sono dimostrate importanti anche nella prevenzione di reali patologie che possono poi conseguire alla carenza

Differenze anagrafiche, antropometriche ed anamnestiche delle donne analizzate nello studio WHI (Women's Health Initiative, 2002) rispetto alle donne che usano la TOS in Italia (indagine osservazionale del Progetto Menopausa Italia, IMP 2003).

WHI		IMP
n. 16.608	Campione studiato	n. 105.858
63,3	Età media (anni)	53,54
34%	Indice di massa corporea > 30 (% del campione totale)	13,42%
35,7%	Soggetti ipertesi (% del campione totale)	21,7%
12,5%	Terapie ipolipemizzanti (% del campione totale)	0,7%
5,5%	Progressi eventi coronarici	1,3%

estrogenica. Quindi perché non intervenire migliorando la qualità di vita di queste donne se ne abbiamo la possibilità, laddove esista l'indicazione?

BRUNI – Alcuni esempi illustrano questi concetti: ad es. la patologia, spesso assai insidiosa del comportamento alimentare può condurre ad una condizione di osteopenia e talora di osteoporosi di difficile reversibilità se la paziente non giunge a completa guarigione ma va incontro ad una sia pur accettabile cronicizzazione.

MAFFEI – Tornando alla domanda di “Toscana Medica”, in relazione a quali donne in menopausa trattare farmacologicamente, vorrei ricordare che le linee-guida delle più importanti società scientifiche che si occupano di questo argomento sono per lo più concordi nell'indicare le pazienti che presentano la cosiddetta “sindrome climaterica” come quelle da trattare. Ricordo inoltre che, oltre alle ormai tanto citate e fastidiose vampate di calore, la sindrome climaterica si caratterizza anche e soprattutto per la presenza di insonnia, alterazioni cardiovascolari, dolori articolari diffusi e, in molti casi, di una vera e propria sindrome depressiva di varia gravità.

TOSCANA MEDICA – *Un volta individuate le pazienti da trattare, quali farmaci dobbiamo prescrivere e per quando tempo dobbiamo continuare la terapia?*

POLENZANI – Ovviamente non si può generalizzare perché ogni caso è diverso dall'altro e le pazienti possono avere bisogno, in varia associazione e con differenti schemi di prescrizione, per esempio, di ormoni sostitutivi, antidepressivi oppure statine.

Ricordiamoci che la menopausa, momento importante di passaggio durante il quale l'età biologica prende il sopravvento su quella anagrafica, può essere affrontata anche con interventi non farmacologici intesi come modificazione dello stile di vita complessivo, ricerca di nuovi stimoli ed interessi, creazione di progetti concreti per gli anni a venire, valorizzazione insomma di tutti gli aspetti positivi che la vita di ognuno può essere in grado di offrire.

Questo non vuole dire che le “medicine” non siano

necessarie e, talvolta anzi indispensabili, però penso convenga anche ricordarsi di queste potenzialità.

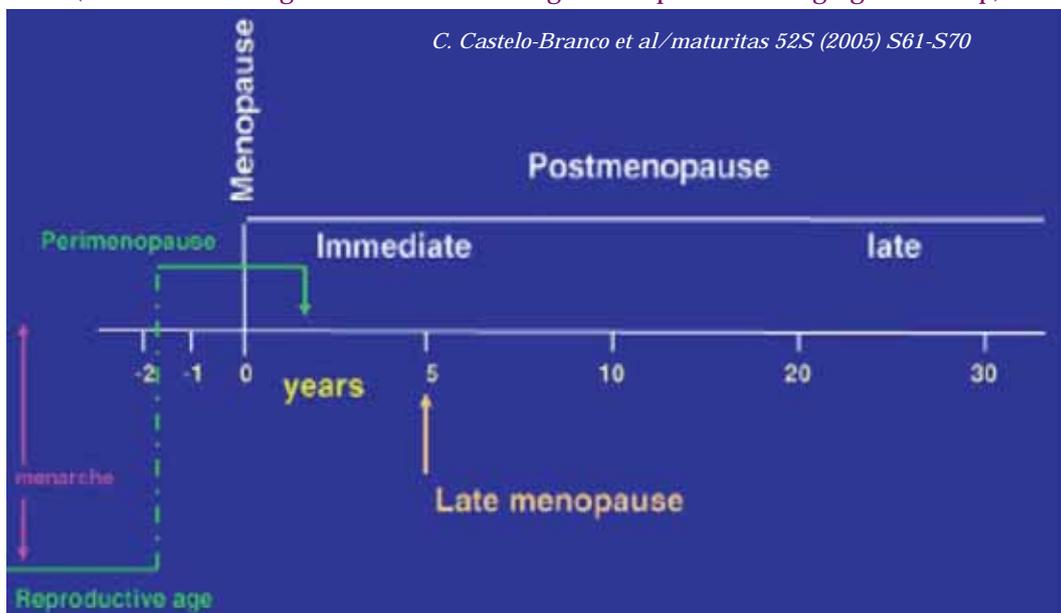
MAFFEI – Uno dei capisaldi terapeutici in menopausa è rappresentato dalla cosiddetta Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS) che può essere estroprogestinica (ovviamente in presenza di utero) oppure solo estrogenica quando l'utero sia stato asportato chirurgicamente.

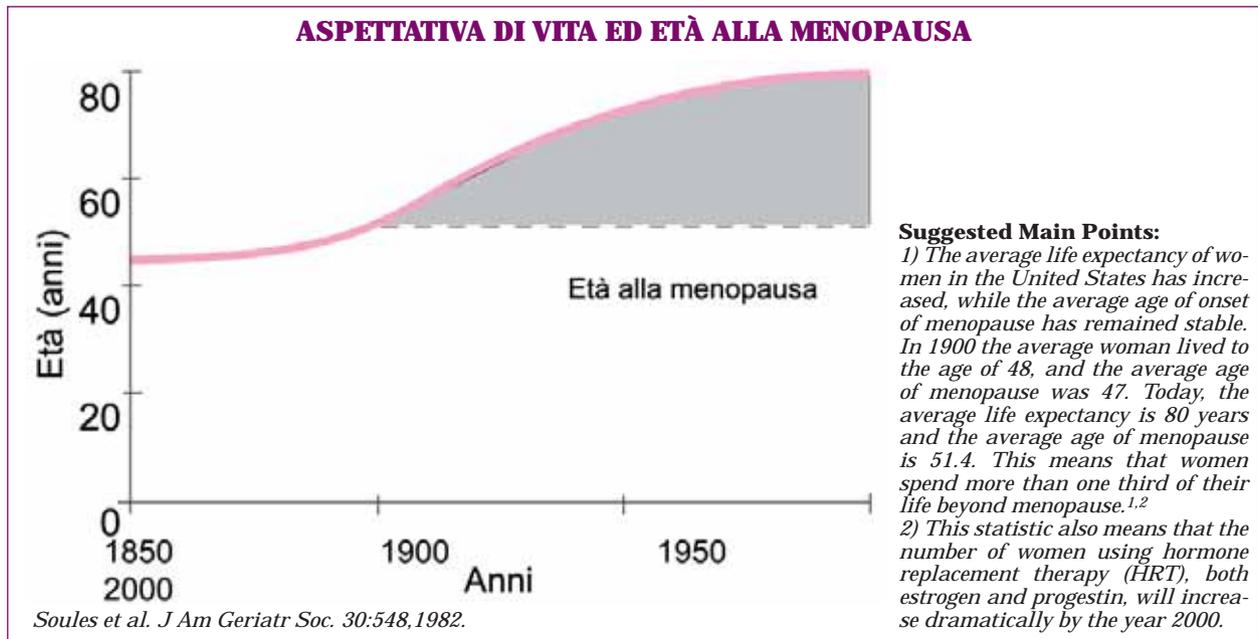
Gli schemi terapeutici sui quali si basano le TOS sono caratterizzati da una estrema variabilità di dosaggi e di vie di somministrazione che consentano per lo più una buona personalizzazione della terapia.

BECORPI – Le terapie farmacologiche in menopausa, soprattutto la TOS, piacciono molto anche alle donne medico europee, in particolare alle ginecologhe. La TOS dovrebbe essere consigliata e somministrata a donne sintomatiche, in menopausa recente, in buona salute; in tal modo, il rapporto benefici/rischi è sicuramente a favore dei primi e migliorerà significativamente la qualità della vita della donna trattata. La TOS è indicata nei casi di menopausa precoce e potrà essere ragionevolmente continuata fino all'epoca considerata per le donne che vanno incontro ad una menopausa naturale (circa 5 anni dopo l'età media della menopausa, che si attesta intorno ai 51 anni per la donna europea). Anche se iniziata principalmente a causa dei sintomi, la TOS è in grado di esercitare effetti positivi sul tessuto osseo, mantenendo la densità e la qualità dell'osso e proteggendo in modo significativo dalle fratture osteoporotiche (comprese quelle vertebrali e femorali), anche se utilizzata a bassi dosaggi e per periodi non prolungati (< 5 anni). Nella scelta della TOS dovrebbero essere privilegiati i dosaggi minimi efficaci, impiegandoli per il periodo di tempo minimo adeguato ai fini di valutare la risposta clinica, eventualmente aumentando le dosi. Importanti sono le modificazioni dello stile di vita, come l'abolizione del fumo, la riduzione del sovrappeso e/o obesità e la regolare attività fisica, che dovrebbero sempre essere tenute presenti nella gestione della paziente in menopausa, trattata o meno con TOS, allo scopo di migliorare ulteriormente la risposta al trattamento o, comunque, al fine di migliorare lo stato di salute generale.

DEFINIZIONE DI MENOPAUSA

(World Health Organization and the Stages of Reproductive Aging Workshop)





Volevo infine ricordare un dato importante su cui riflettere: chi è maggiormente informato sulla TOS la impiega più frequentemente e per lungo tempo. Mi riferisco alle donne medico.

Uno studio costruito ad hoc ha infatti dimostrato che la TOS è impiegata da ben il 90% delle donne medico dei Paesi del Nord Europa, contro il 37% riscontrato in Italia con percentuali del 56% per le ginecologhe e del 31% per le colleghe della Medicina Generale. È infatti dimostrato come le donne medico o le mogli/compagne dei medici siano sensibilmente più disposte ad usare la TOS e per periodi più lunghi rispetto alla popolazione generale. Uno studio italiano condotto nel 2003 su un campione di 500 donne medico e 500 mogli/compagne di medico di età compresa tra 45 e 65 anni ha confermato il dato: globalmente circa il 37% delle donne medico in menopausa ha dichiarato di aver utilizzato la TOS.

Quindi potremmo dire "chi conosce la terapia la usa!"

BRANDI – Da endocrinologa devo riconoscere che quando si parla di TOS in ambito ginecologico e si considerano le molecole estrogeniche come se fossero tutte uguali, mi trovo piuttosto disorientata. Si tende cioè ad usare sempre lo stesso termine "estrogeni" sia che si parli di pillola anticoncezionale, di estratti da urina di cavalla gravida impiegati in tutti gli studi più importanti e praticamente assenti nella specie umana, di 17-Beta estradiolo ed ultimamente anche di fitoestrogeni.

Questo significa che i risultati ottenuti dai grandi trials internazionali devono essere bene interpretati quando si arriva, nella pratica clinica quotidiana, a prescrivere una TOS estrogenica.

Se possibile poi, nel campo dei progestinici, le cose sono ancora più complesse, confuse e disordinate.

ABBATE – Anche se il disagio menopausale rappresenta senza dubbio una indicazione importante alla TOS, nella mia ottica di internista con specifiche competenze cardiovascolari, penso che una attenta valutazione della storia delle gravidanze che la nostra paziente ha avuto rappresenti davvero un momento di fondamentale importanza per caratterizzarla dal punto di vista vascolare. Se infatti troviamo qualche episodio di gestosi al I o III trimestre, la comparsa di ipertensione arteriosa o

di alterazioni della funzionalità renale, la nascita di un feto di basso peso, la valenza di una eventuale TOS può acquistare certamente una rilevanza maggiore, soprattutto nel senso di anticipare anche di qualche anno la sua prescrizione.

TOSCANA MEDICA – Abbiamo quindi capito che la TOS nei casi selezionati riveste un ruolo terapeutico importante, nonostante le mille voci che si sentono ad ogni livello, sia scientifico che di divulgazione di massa. Quali sono allora i rapporti tra queste terapie e la importantissima condizione di patologia cardiovascolare della quale abbiamo sentito in precedenza parlare?

ABBATE – Molto schematicamente io credo che la terapia ormonale in menopausa, in caso di reale necessità, possa essere consigliata con tranquillità a quelle donne che non presentino anamnesi personale o familiare di tromboembolia venosa, grave ipertensione arteriosa e dislipidemia severa, senza dimenticare il suo recen-

REGIMI TERAPEUTICI DELLA TOS

Tab. 1 – Regimi terapeutici			
1. Sequenziale ciclico	Estrogeni	dal giorno 1 al giorno 21	pausa 7 gg
	Progestinici	dal giorno 12 al giorno 21	
2. Sequenziale continuo	Estrogeni	tutti i giorni (28/28)	
	Progestinici	da 12 a 14 gg (ogni 28 gg o mese)	
3. Combinato continuo	Estrogeni	tutti i giorni (28/28)	
	Progestinici	tutti i giorni (28/28)	
4. (Solo) estrogenico continuo	Estrogeni	tutti i giorni (28/28)	
5. (Solo) estrogenico ciclico	Estrogeni	dal giorno 1 al giorno 21	pausa 7 gg

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
 Raccomandazioni mediche per la donna in menopausa, Roma 2005

temente prospettato ruolo protettivo nei confronti delle malattie cardiovascolari, se iniziata con particolari preparazioni estroprogestiniche all'inizio della menopausa.

BRUNI – Vorrei anche sottolineare l'importanza della via di somministrazione dei trattamenti ormonali dal momento che il metabolismo dello steroide impiegato con i suoi metaboliti attivi è diverso a seconda che si sia impiegata la via orale oppure quella transdermica. Ad es. dopo somministrazione di 17beta Estradiolo per os il rapporto Estrone /Estradiolo a livello ematico è 5/1, mentre dopo somministrazione transdermica è 1/1.

Inoltre la somministrazione di estrogeni per os induce un aumento della Proteina C reattiva che non si verifica dopo somministrazione per via transdermica, il che potrebbe avere positive ripercussioni sul versante cardiovascolare.

BECORPI – È importante inoltre considerare come le donne in menopausa che si rivolgono allo specialista per cercare un miglioramento della propria qualità di vita sono generalmente persone giovani ed in buona salute per le quali la TOS non presenta in fondo particolari problematiche.

Queste caratteristiche anagrafiche e cliniche, di comune riscontro nei nostri Centri italiani per la menopausa, si discostano invece in maniera significativa rispetto a quelli riportati in studi statunitensi, quali Women's Health Initiative, pubblicato nel 2002, nei quali le pazienti presentano un'età molto più alta (in media di 63,3 anni contro 53,2 delle nostre pazienti), un indice di massa corporea superiore a 30 in più del 34% dei casi (contro il nostro 13%), una condizione ipertensiva nel 35% dei casi (contro il nostro 21%) ed un rischio di eventi coronarici maggiore di circa 4 volte rispetto alla popolazione italiana. Alcune recenti revisioni dello studio WHI e di un altro studio di rilievo, il NURSES HEALTH STUDY, suggeriscono come l'uso di estrogeni nelle fasce di età immediatamente successive ai primi anni della menopausa possa esercitare un effetto protettivo sul rischio coronarico.

Studi osservazionali e epidemiologici sono univoci nel confermare come la TOS nella donna sana, sintomatica, in menopausa recente è in grado di esercitare insieme all'effetto terapeutico sui sintomi, un effetto positivo sul rischio cardiovascolare. Tutto ciò è vero se si rispettano le indicazioni e le controindicazioni all'uso della TOS e si somministra la TOS in donne con queste caratteristiche. Inoltre la TOS è in grado di contrastare l'aumento di

peso correlato alla carenza estrogenica e di contrastare la distribuzione centrale dell'adipe di tipo androide, di controllare i livelli glicemici e insulinemici, riducendo così la probabilità di insorgenza di questa importante condizione di rischio cardiovascolare.

MAFFEI – Prendendo spunto dall'intervento della dott.ssa Becorpi, torno a sottolineare la grande importanza della caratterizzazione delle pazienti da sottoporre a TOS. Per esempio l'obesità rappresenta un fattore di rischio in presenza di terapie ormonali.

È noto da molti studi che le donne obese che assumono TOS presentano un rischio relativo di sviluppare eventi tromboembolici ed ischemici estremamente elevato, in pratica sovrapponibile a quello presentato da donne con mutazioni genetiche protrombotiche che ricevono terapia ormonale. Per questa categoria di donne sono necessarie strategie terapeutiche diverse.

TOSCANA MEDICA – Prof.ssa Mazzei, quali sono i reali rapporti tra TOS ed insorgenza della condizione neoplastica?

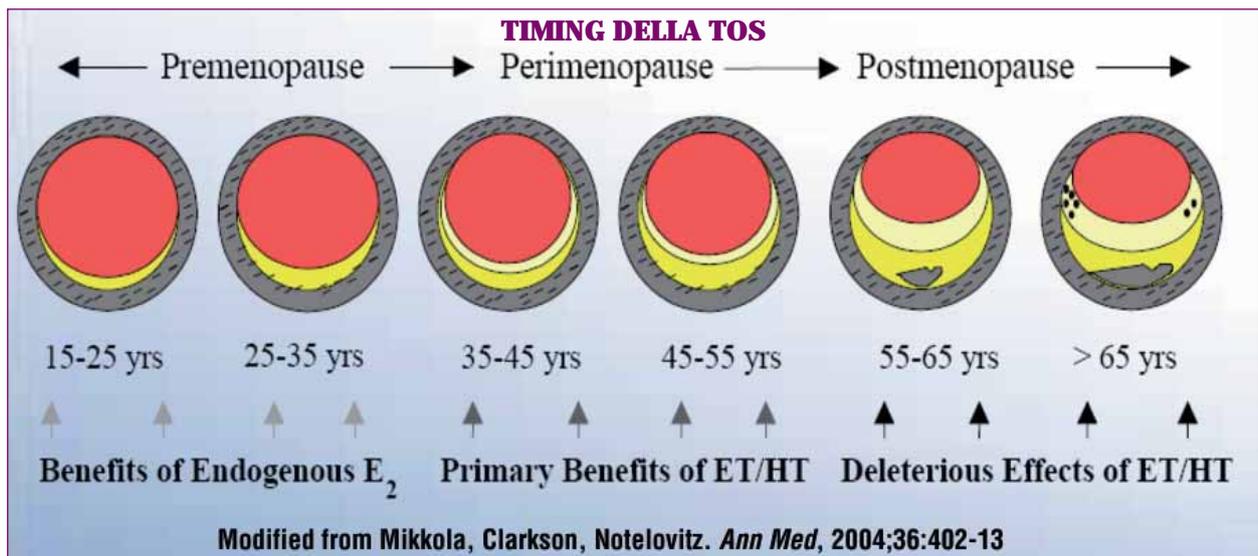
MAZZEI – La TOS provoca effetti diversi su differenti tipi di tumore.

In particolare dobbiamo prendere in considerazione il tumore alla mammella, il più frequente nel sesso femminile e, nella maggior parte dei casi, ormonodipendente. La TOS, ed in particolare quella combinata della durata dai tre ai cinque anni, causa un raddoppio del rischio di tumore mammario.

Fra il gennaio ed il febbraio di quest'anno sono stati infatti pubblicati su due prestigiose riviste internazionali (New England Journal of Medicine e Cancer) i risultati definitivi di tre studi che hanno coinvolto più di 120000 donne negli Stati Uniti: la TOS non aumenta il rischio di tumore mammario nei primi due anni del suo impiego, ma dal terzo anno la probabilità di avere una diagnosi di neoplasia è doppia rispetto ai controlli.

La buona notizia è però che l'aumento del rischio in termini assoluti è di pochi casi in più e che questo rischio scompare velocemente nell'arco di due anni dalla sospensione della terapia.

Un altro dato positivo è sicuramente quello che riguarda la seconda neoplasia più frequente nella donna dopo quella mammaria, e cioè il tumore colo-rettale: studi recentissimi condotti anche in Italia hanno evidenziato che la TOS è in grado di ridurre in maniera significativa l'incidenza di questo tumore.



Per quanto riguarda poi le neoplasie dell'ovaio, essendo i dati oggi disponibili basati solo su indagini epidemiologiche osservazionali, sembra che le evidenze riguardanti una possibile relazione positiva fra TOS ed aumento del rischio siano meno significative di quelle relative al tumore della mammella.

In conclusione, il parere dell'oncologo è che il medico debba fare, prima della prescrizione della TOS, una scelta condivisa con la paziente perché spesso i disturbi correlati alla menopausa sono importanti e non possono essere sottovalutati alla luce di evidenze di rischi tumorali minimi.

MAFFEI – Un aspetto che penso debba essere sottolineato è che le donne sono molto spaventate in particolare dalla relazione fra TOS e neoplasia mammaria. Credo per questo che sia molto importante chiarire bene alcuni aspetti ulteriori che consentano loro di affrontare una eventuale TOS nella giusta prospettiva anche nei confronti del rischio oncologico mammario. I dati riportati dalla professoressa Mazzei sono indubbiamente reali, tuttavia esistono condizioni e tipi di terapia ormonale che hanno dimostrato un impatto neutro nei confronti del carcinoma mammario: la revisione dei dati dello studio WHI nel quale le donne isterectomizzate assumevano soltanto estrogeni e lo studio francese EPIC nel quale le donne (con utero) assumevano estradiolo e progesterone naturale. Ricordo inoltre che la presenza di fattori di rischio per neoplasia deve sempre essere accertata prima di prescrivere la TOS. Per esempio il rischio relativo di neoplasia mammaria di una donna che beve due bicchieri di vino al giorno è 1.2 rispetto a quella che non beve alcolici; 1.2 è anche il rischio relativo di neoplasia mammaria di una donna obesa rispetto a quella normopeso, ed ancora proseguendo, donne nullipare o che hanno avuto il primo figlio dopo i 30 anni hanno un rischio relativo di neoplasia mammaria stimato fra 1.7 e 1.9 rispetto a quelle che hanno partorito a 20 anni. Valori questi simili se non superiori a quelli rilevati per la TOS.

TOSCANA MEDICA – *Nel caso di aumento del rischio tumorale dopo assunzione di TOS, quale importanza rivestono il tipo di sostanze somministrate e la durata della loro assunzione?*

MAZZEI – I dati maggiori riguardano in generale le associazioni estro-progestiniche. La durata della terapia ha certamente una grande importanza e devono passare dai tre ai cinque anni prima che qualcosa sfortunatamente accada. Non bisogna però dimenticare che questo aumento del rischio relativo di ammalarsi di tumore alla mammella dopo assunzione di TOS inizia a diminuire al momento della cessazione della terapia per azzerarsi dopo 5 anni.

BECORPI – Il fatto che l'impiego della TOS possa nel lungo periodo causare un modesto aumento del cancro della mammella non è poi così sorprendente se si considera che lo stesso praticamente accade in caso di menopausa spontanea tardiva quando cioè si realizza una prolungata esposizione ormonale, in questo caso di natura endogena. I numeri confermano queste osservazioni: per ogni anno di prolungamento dell'attività ovarica spontanea oltre l'età media della menopausa, il rischio relativo è di 1.02, contro l'1.023 della TOS. D'altra parte studi epidemiologici come il WHI mettono in evidenza come l'incremento del rischio non si verifichi con l'impiego di soli estrogeni nelle pazienti isterectomizzate.

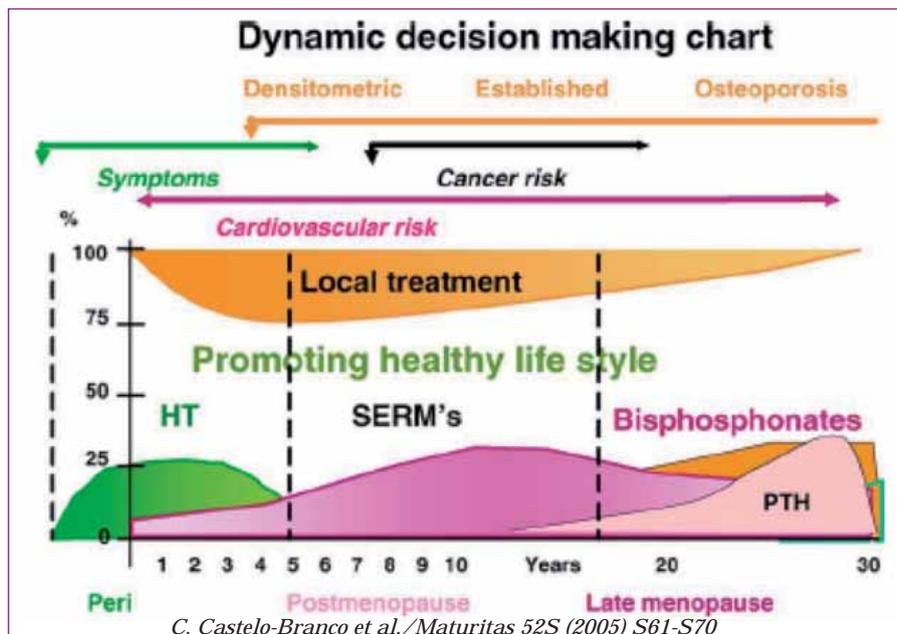
BRANDI – La TOS rappresenta oggi un buon esempio di quelli che sono gli orientamenti attuali della moderna Farmacologia, cercare cioè per quanto possibile di impiegare molecole in grado di esplicare più azioni terapeutiche a livello di diversi organi ed apparati.

Gli estrogeni in questo senso, in virtù delle loro enormi potenzialità d'azione, possono essere estremamente utili, soprattutto a livello di Medicina Generale dove possono realmente permettere di rispondere con una unica terapia a molte e diversificate esigenze.

Ovviamente questo impiego prevede una attenta selezione delle pazienti che devono essere in grado di comprendere l'importanza di questa terapia, non presentare controindicazioni alla sua assunzione ed accettare di sottoporsi ai controlli necessari durante tutto l'iter terapeutico.

Tutto questo significa che le donne devono essere correttamente informate sui rischi ed i benefici della TOS, ricordandosi che anche se queste terapie possono condurre ad un aumento modesto del rischio di cancro mammario, è anche vero che oggi di questa malattia si

OPZIONI TERAPEUTICHE PER L'OSTEOPOROSI



muore molto meno che in passato grazie alle fondamentali campagne di prevenzione ed informazione della popolazione.

Un'altra caratteristica degli estrogeni è poi la possibilità di essere impiegati in chiave preventiva, per esempio, nel caso delle fratture in corso di osteoporosi. Questa indicazione si scontra però con i dati della farmacoeconomia, se è vero che per evitare un caso devo trattare 40 persone contro le 10 che sarebbero sufficienti con i bifosfonati.

Due sole parole sul ruolo protettivo della "poliedricità" della terapia estrogenica nei confronti del cancro colorettale. Questo effetto è legato alla scoperta che anche nel tratto gastroenterico esistono dei recettori per gli estrogeni (i cosiddetti recettori Beta) implicati nei meccanismi di controllo della normale proliferazione delle cellule della mucosa del colon. Si tratta ovviamente di un dato di enorme importanza che dovrebbe essere opportunamente valorizzato, anche se è esperienza comune che le donne ancora oggi sembrano continuare ad avere più paura del cancro della mammella che di quello dell'intestino!

TOSCANA MEDICA – La prof.ssa Brandi ha citato la questione oggi fondamentale della condizione osteoporotica. Quali sono i rapporti tra osteoporosi e TOS?

BRANDI – Gli estrogeni hanno realmente rappresentato un caposaldo nella comprensione dei meccanismi fisiologici dell'osso, fino a permetterci di scoprire tutti quei fattori che oggi si chiamano complessivamente "attivatori della funzione osteoclastica" e che sono alla base di un nuovo farmaco di prossima commercializzazione. Oggi sappiamo con certezza che gli estrogeni, tra le tante azioni, hanno anche quella importantissima di inibire il riassorbimento osseo, prevenendo in tal modo la perdita della massa ossea e riducendo l'incidenza delle fratture di circa il 35%.

Bisogna comunque riconoscere che gli estrogeni non sono le molecole più attive nell'inibire il riassorbimento osseo tra quelle di cui oggi possiamo disporre. Pertanto in senso sia preventivo che terapeutico si preferisce impiegare oggi subito dopo la menopausa e non più tanto lontano da essa, privilegiando alcune delle numerose altre opzioni disponibili tra i farmaci antifratturativi. **TM**

Un passaggio consapevole verso una serena vecchiaia

ANTONIO PANTI

Forse il climaterio rappresenta un vantaggio per le donne: offre segnali concreti di cambiamento che obbligano la donna, anche se per sua fortuna non ha alcun problema, a consultare il suo medico e il suo ginecologo che così hanno l'opportunità di consigliare stili di vita, di fare opera di educazione alla salute, insomma di predisporre maggiori garanzie per una serena vecchiaia. L'età climaterica si attesta oggi intorno ai 53 anni. Secondo i dati statistici, la donna ha ancora davanti a sé almeno trent'anni di vita che possono essere trascorsi in buona salute. La menopausa è anche l'occasione per riflettere sul proprio corpo, sulla sessualità, sull'aspetto fisico.

Non sempre però questo passaggio è sereno e privo di traumi. In una percentuale molto elevata compaiono disturbi, talora minimi e brevi, talora prolungati e condizionanti la vita in modo negativo. Allora il medico deve intervenire e la terapia ormonale sostitutiva, di cui si è fatto un gran parlare in questi anni, è assolutamente necessaria, purché la si sappia personalizzare e prolungare per il tempo minimo utile. E, inoltre, iniziarla con la comparsa dei disturbi menopausali e non anni dopo. Questo diverso uso della terapia ha certamente provocato fraintendimenti e incertezze che ne hanno condizionato l'uso nella pratica quotidiana, tra eccessive speranze di mantenere una condizione giovanile e ingiustificati timori.

Il problema è che questi farmaci sono spesso usati come se fossero tutti uguali, il che non è. D'altro lato gli estrogeni sono una categoria di farmaci dotati di un amplissimo spettro di azione. La menopausa spiega i suoi effetti su tutto l'organismo e la risposta farmacologica agisce su ogni disturbo, compresa la frequente sofferenza psicologica depressiva. Quindi prevenire, educare alla salute e, se del caso, curare è importan-

te, in perfetto accordo tra medico e paziente. Sappiamo quanto costano sul piano umano e sociale le complicanze del climaterio e quindi quanto sia importante la relazione aperta e convincente con la paziente. Un colloquio che deve valutare la lettura globale del rischio, fisico, psichico e sociale, senza inutili allarmismi, con particolare riguardo all'attività fisica e all'equilibrio alimentare. Interessante è notare che le donne medico usano la TOS su di sé nel 90% dei casi nel nord Europa, solo nel 30% in Italia.

Un'altra raccomandazione di ordine generale hanno fatto le nostre esperte, quella di prescrivere sempre la TOS nella menopausa precoce. Ma le considerazioni più importanti hanno riguardato alcune questioni che sono state oggetto di un dibattito vivacissimo e talora aspro.

La TOS accentua il rischio di malattie tromboemboliche? Escluse alcune precise controindicazioni non vi sono particolari rischi. I rischi sono collegati a situazioni diverse, come l'obesità, mentre i fattori genetici non hanno particolare rilevanza. Nella vexata quaestio dei rapporti tra TOS e malattie oncologiche sembra ormai acclarato il lievissimo aumento del rischio di tumore del seno mentre diminuisce quello di tumore del colon retto. Tutto ciò sembra avere correlazione con la durata della terapia e con l'inizio tardivo. Infine è indiscutibile il ruolo degli estrogeni nel metabolismo osseo, per cui la loro carenza accentua la possibilità di fratture in popolazioni già a rischio. In questo caso comunque, oltre alla correzione degli stili di vita, vi sono altre terapie farmacologiche.

Il climaterio rappresenta un momento in cui la relazione tra medico e paziente trova una grande espressività e può, se saggiamente condotto, essere occasione di prevenzione del rischio globale in modo da predisporre per la donna un futuro sereno. **TM**



Il Sistema di Sorveglianza PASSI nell'Azienda Sanitaria di Firenze

Alcuni risultati 2007-2008

PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è il sistema di sorveglianza sui comportamenti correlati con la salute della popolazione adulta, coordinato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e dall'Istituto Superiore di Sanità. Da giugno 2007 il Sistema di Sorveglianza è attivo anche nella nostra Regione, con la partecipazione di tutte le 12 Aziende Sanitarie. Circa 5000 interviste sono state raccolte a livello regionale, mentre a livello nazionale sono circa 55.000. Nel periodo giugno 2007-marzo 2008 nella Asl 10 di Firenze sono state intervistate 352 persone.

La persona è al centro del sistema: il contatto diretto, attraverso l'intervista telefonica, è la modalità con cui PASSI ascolta la voce dei cittadini e raccoglie le informazioni relative allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di fattori di rischio cardiovascolari e di sintomi di depressione), abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol), offerta e utilizzo di programmi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazione contro rosolia e influenza), sicurezza stradale e domestica.

Ogni mese un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Vengono effettuate da operatori specificatamente formati interviste telefoniche mediante l'utilizzo di un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima su piattaforma web e registrati in un archivio unico nazionale.

Alcuni risultati

Nell'Azienda Sanitaria di Firenze le persone residenti nella fascia d'età 18-69 anni sono circa

520.000 (65% della popolazione complessiva); sulla base dei dati PASSI, si stima che solo il 31% degli adulti pratici un buon livello di attività fisica, mentre il 27% (corrispondente ad una stima di circa 140.000 persone) rimane seduto per quasi tutta la giornata. Il 36% riferisce un eccesso di peso (circa 187.000 persone stimate) e sono pochi coloro che riferiscono adeguati consumi di frutta e verdura. Circa un terzo fuma sigarette (31% pari a 161.000 persone), con una significativa maggiore diffusione tra i giovani e le donne. Circa un quarto infine beve in modo ritenuto pericoloso per la salute (21% pari a circa 109.000 persone).

ROSSELLA CECCONI*, DONATELLA BARTOLINI*, ANNA CAPPELLETTI*, ELENA CARUCCI#, CARLA FIUMALBI*, FEDERICO MANNOCCI#, GIANCARLO TAFFURI#, GIORGIO GAROFALO*.

* Dipartimento Prevenzione Asl 10 Firenze

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

scono adeguati consumi di frutta e verdura. Circa un terzo fuma sigarette (31% pari a 161.000 persone), con una significativa maggiore diffusione tra i giovani e le donne. Circa un quarto infine beve in modo ritenuto pericoloso per la salute (21% pari a circa 109.000 persone).

REPORT ASL 10 Firenze: PASSI 2007-2008 nei residenti 18-69 anni alcuni dati in sintesi

- il 66% giudica la propria salute positivamente
- il 12% circa ha riferito sintomi di depressione nelle ultime due settimane
- il 31% pratica l'attività fisica raccomandata
- il 27% è completamente sedentario
- il 36% è in eccesso ponderale (26% in sovrappeso e 10% obeso)
- il 31% fuma
- il 20% ha riferito di essere iperteso
- il 22% ha riferito di avere il colesterolo alto
- il 21% è classificabile come bevitore a rischio
- il 17% ha riferito di aver guidato "sotto l'effetto dell'alcol" nell'ultimo mese

Salute percepita e sintomi di depressione

Il 66% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute. Le donne hanno una percezione peggiore del proprio stato di salute per motivi psicologici (in media circa 5 giorni al mese

rispetto ai 2 giorni degli uomini).

Il 12% delle persone intervistate ha riferito di "aver provato scarso interesse o piacere nel fare le cose" oppure di "essersi sentito giù di morale, depresso o senza speranze" nelle due settimane precedenti l'intervista. Le donne sono interessate in modo significativamente maggiore da questa sintomatologia, unitamente alle persone nelle fasce d'età più avanzate e a quelle con molte difficoltà economiche o patologie croniche.

Circa il 40% della persone con sintomi di depressione non ha cercato nessun aiuto; il 49% si è rivolto ad un medico o ad un altro operatore sanitario.

Comportamenti sicuri

Guidare con livelli di alcol nel sangue superiori ai limiti di sicurezza fissati dalla legge è una pratica ancora troppo diffusa, soprattutto tra i giovani (17%). L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza è elevato per casco (99%) e cintura anteriore (90%), mentre è ancora molto basso per la cintura posteriore. Il rischio di infortunio domestico, pur essendo un evento frequente, non è percepito come tale dalla maggior parte della popolazione.

Fattori di rischio cardiovascolare

I fattori di rischio cardiovascolare sono diffusi: si stima infatti che il 20% della popolazione di 18-69 anni soffra di ipertensione (corrispondenti ad una stima di circa 104.000 persone) e il 22% abbia elevati livelli di colesterolo nel sangue (circa

114.000 persone stimate). Ancora poco diffuso è il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare individuale (6%).

Interventi di prevenzione

L'adesione alla diagnostica precoce dei tumori dell'utero e della mammella nelle donne è elevata, mentre la percentuale delle persone che si sono sottoposte al test del sangue occulto fecale per la prevenzione del tumore del colon-retto dimostra la discreta adesione anche a questo programma di screening.

Ancora bassa è l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale tra i soggetti sotto ai 65 anni affetti da patologie croniche. Si stima inoltre che quasi il 40% delle donne in età fertile sia potenzialmente suscettibile alla rosolia.

Per gli approfondimenti si rimanda alla consultazione del Report della Asl 10 Firenze sul sito <http://www.asf.toscana.it> - Area medici e <http://www.epicentro.iss.it/passi>

La presentazione dei risultati verrà effettuata il giorno 23 Aprile 2009 presso l'Auditorium della Cassa di Risparmio di Firenze Via Folco Portinari 5 Firenze, con orario 9,30-13,30.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: rossella.cecconi@asf.toscana.it

TM

Promuovere la salute mentale nella Comunità

Una ricerca-azione nel Distretto Grossetano

La provincia di Grosseto si caratterizza per essere una delle più estese d'Italia e con una densità di popolazione inversamente proporzionale all'estensione. Tutte le caratteristiche che storicamente hanno creato delle difficoltà alla popolazione ad accedere ai servizi di cura con la stessa facilità con la quale era possibile accedere a chi viveva in realtà socio-demografiche differenti (maggiore densità di popolazione in territori meno vasti). È più difficoltoso e sicuramente poco economico portare gli stessi ser-

vizi sanitari in zone più difficilmente accessibili e poco abitate. Nonostante queste difficoltà, la vecchia politica sanitaria ospedale-centrica ha fatto sì che si "edificassero" nella provincia grossetana 5 presidi ospedalieri (Grosseto, Massa Marittima, Castel del Piano, Pitigliano, Orbetello); politica che non può essere più perseguita (è un'esigenza nazionale) sia perché ha dei costi ormai insostenibili, sia perché non riesce a venire incontro alle nuove esigenze sanitarie della popolazione (incremento delle patologie croniche legate all'aumento dell'età media).

F. BARDICCHIA*, M. MADRUCCI**,
G. CARDAMONE***

* *Dirigente Medico Psichiatra UFSMA Asl 9 Grosseto*

** *Medico Psichiatra a contratto UFSMA Asl 9 Grosseto*

*** *Responsabile UFSMA Asl 9 Grosseto*

È in tale contesto, ed in ottemperanza ad un bisogno di razionalizzare gli investimenti, che diverse Asl (tra cui anche la Asl 9) stanno perseguendo la propria Mission cercando di de-ospedalizzare i servizi portando una risposta alle esigenze di Salute della popolazione nella Comunità. È un'esigenza questa sottolineata nella nostra provincia dal progressivo spostarsi degli abitanti dai comuni periferici verso il capoluogo alla ricerca di luoghi dove è maggiormente concentrata la presenza dei servizi. Il Servizio di Salute Mentale di Grosseto si è, sin dalla sua nascita, caratterizzato come Servizio per e nella Comunità e intende proseguire in tale obiettivo, adattandosi alle nuove condizioni socio-economiche del territorio in cui opera, "sperimentando" nuove formule e strategie di lavoro. L'obiettivo è quello di trovare delle modalità di accesso anche nei comuni più distanti e poco popolati del territorio che ci permettano di promuovere la "Salute Mentale". Arrivare con la nostra azione sempre più in periferia senza lasciarci imbrigliare dalle logiche che una comunità abituata a "farsi curare" dagli operatori sanitari nell'ospedale potrebbe chiederci: riprodurre la logica manicomiale sul territorio. Il Territorio inteso come luogo unico e privilegiato dove si situano le opportunità di salute pubblica per i prossimi 20 anni. Lavorare nella comunità significa operare in un'ottica di rete che superi l'idea di cura basata sul duopolio curante-curato con la comunità a far da cornice. La rete, in quanto pluralità di nodi che interagiscono su di uno stesso piano di consistenza e di valore deve poter rappresentare l'interazione fra saperi cui è riconosciuta in via preliminare pari dignità. In questa ottica il Servizio non si affianca alla comunità, ma ne fa parte interagendo ed operando in cooperazione agli altri soggetti per promuovere la Salute Mentale.

Il lavoro in rete può essere sia un mezzo che facilita le opportunità sia un mezzo per contenere le persone.

Ciò di cui abbiamo bisogno è un lavoro di rete che sia in grado di promuovere presa in carico e libertà allo stesso tempo, protezione e affrancamento. Non esistono ricette precostituite per questo lavoro poiché esso è costituito da pratiche in progress, senza modelli teorici di riferimento. In considerazione di ciò il lavoro di rete può diventare protagonista della invenzione intelligente di nuove pratiche per la salute mentale. Siamo consapevoli che non è automatico costruire reti di salute mentale.

Assumendo come nozione di riferimento quella di Salute Mentale, la Psichiatria ne diventa "un semplice aspetto". Infatti "a differenza della Psichiatria (tradizionalmente definita come una branca della Medicina che studia ed assiste i pazienti con malattia mentale), la Salute Mentale (ossia la condizione di salute mentale degli indi-

vidui e l'insieme delle azioni per promuoverla e conseguirla) va intesa come qualcosa di assai più complessivo, che consideri cioè le dimensioni psicologiche e sociali della salute ed i fattori psicosociali che determinano salute e malattie".

In questo senso "la nozione di Salute Mentale include la problematica, della salute e della malattia, la sua ecologia, l'utilizzo e la valutazione delle istituzioni delle persone che le usano, lo studio dei loro bisogni e delle risorse necessarie, l'organizzazione e la programmazione dei servizi per la cura e la prevenzione delle malattie e per la promozione della salute (Saraceno, 1995).

Le reti di Salute Mentale non corrispondono tanto a luoghi fisici ed a collocazioni geografiche, quanto a quelle che con Pierre Levy (1996) potremmo definire una contaminazione di "spazi antropologici" intendendo per spazio antropologico un sistema di prossimità (spazio) proprio del mondo umano (antropologico) dipendente dalle tecniche, dai significati, dal linguaggio, dalla cultura, dalle convenzioni, dalle rappresentazioni e dalle emozioni umane).

Per far ciò è necessario realizzare una transizione culturale, operativa, amministrativa e politica da un'organizzazione di saperi centrati su una unità di tempo di luogo e di azione (la malattia psichiatrica, l'ospedale psichiatrico, l'ospedalizzazione) ad una decentrata in una molteplicità di tempi, di luoghi e di azioni (il concetto di salute mentale e le reti di salute mentale) fortemente interrelati.

Ne consegue che le reti di salute mentale non sono costituite soltanto dai servizi psichiatrici (pubblici e privati che siano). Ma la rete è formata da una gamma di nodi, formali ed informali, sanitari e non sanitari, culturali ed amministrativi. Ciascun nodo possiede proprie risorse, saperi e potenzialità d'azione. Agire nell'ottica della salute mentale di comunità significa, mentre che si interagisce con essi, imparare a riconoscerne le logiche di funzionamento. Per far ciò non esistono percorsi precostituiti; ogni comunità ha le sue caratteristiche, i suoi bisogni ed i suoi modi di comunicare e per interagire al meglio non si può operare con uno spirito da colonizzatori. Basilare è lo spirito iniziale e la disponibilità ad allacciare rapporti. Solo così ci si può organizzare per fronteggiare la complessità proponendosi di raggiungere livelli di semplificazione assistenziale, collaborazione fra agenzie territoriali diverse e che risultano alla portata di soggetti operativi non specialisticamente qualificati.

Bibliografia

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

TM

Un servizio per la valutazione del rischio infettivo in soggetti sottoposti a terapia biologica

Le malattie infiammatorie croniche conducono nel tempo in numerosi pazienti a importante disabilità, riduzione della qualità e quantità di

vita, con progressivo incremento di costi economici, correlati al grado di evoluzione della patologia stessa. I farmaci biologici rappresentano uno dei maggiori progressi ottenuti dalla medicina negli ultimi anni in campo terapeutico. Il successo di queste nuove terapie risiede nella loro grande selettività d'azione che consente di ottenere, nella maggior

parte dei casi, una notevole efficacia terapeutica in tempi brevi con riduzione degli effetti collaterali rispetto alle terapie tradizionali di tipo "chimico". L'introduzione delle terapie biologiche ha prodotto una stupefacente trasformazione nell'arrestare o quantomeno rallentare la progressione di patologie, come l'artrite reumatoide, l'artrite psoriasica, le malattie infiammatorie intestinali portando ad un netto calo delle disabilità e ad un significativo miglioramento della qualità della vita di questi soggetti. Insieme all'apertura di nuovi promettenti scenari, le terapie biologiche hanno portato con sé la necessità di un'attenta vigilanza nella selezione dei candidati e nella stretta educazione degli stessi. Le terapie immunomodulanti, infatti, sono associate in varia misura a infezioni potenzialmente mortali in aggiunta ai ben noti e documentati eventi avversi di tipo ematologico, immunologico, cardiovascolare e neoplastico. Ogni tipo di terapia immunomodulante è risultato associato a diversi tipi di patologie infettive (virali, batteriche, fungine e parassitarie). Le malattie in-

fettive possono essere dovute ad acquisizioni *ex novo* oppure a riattivazione di infezioni preesistenti. Le infezioni in corso di terapia immunomodulante sono spesso caratterizzate dalla presenza di sintomatologia sfumata. Proprio per questo motivo la comparsa di febbre o febbre accompagnata da segni e sintomi di tipo respiratorio e/o neurologico richiede una rapida ed attenta valutazione, considerando che i possibili agenti etiologici sono i più vari.

La riattivazione di infezioni preesistenti può, invece, essere prevenuta attraverso un attento screening infettivologico dei soggetti candidati a terapia biologica. In particolare, è stato ampiamente documentato l'aumentato rischio di tubercolosi (TB) attiva: nella maggior parte dei casi si tratta di processi di riattivazione di infezioni da *Mycobacterium tuberculosis*, sia polmonare che extrapolmonare, che si verificano in corsi di terapia con agenti immunomodulanti, in particolare con gli inibitori del TNF- α (Tabella 1). Studi recenti hanno evidenziato come il grado di rischio di riattivazione tubercolare dipenda dallo specifico agente biologico utilizzato, in virtù dei differenti meccanismi di azione e di farmacocinetica che essi presentano. Tra questi farmaci, infliximab è quello maggiormente associato a rischio di tubercolosi, seguito da etanercept e anakinra. Infine, anche il tempo di comparsa di tubercolosi attiva sembra essere legato al tipo di farmaco biologico utilizzato. In particolare per infliximab il tempo medio di esordio della tubercolosi dalla prima prescrizione è mediamente di 17 settimane, per etanercept è di 79 settimane e per anakinra è

ALESSANDRO BARTOLONI*, FILIPPO BARTALESI*,
ANNALISA CAVALLO*, GINEVRA FIORI**,
DANIELA MELCHIORRE**, OANA SACU**,
MAURIZIO BENUCCI***, FRANCESCA LI GOBBI***,
FRANCESCA PRIGNANO****,
GABRIELLA MARIN***, TORELLO LOTTI****,
MARCO MATUCCI CERINIC**

* SOD Malattie Infettive e Tropicali, AOU Careggi, Firenze

** SOD Reumatologia, AOU Careggi, Firenze

*** UOS Reumatologia, Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze

**** UO Cluster Clinica Dermatologica II, Dip. di Scienze Dermatologiche, Università degli Studi di Firenze

Tabella 1 - Principali terapie immunomodulanti disponibili sul mercato. AR: Artrite reumatoide; AP: Artrite psoriasica; SA: Spondilite anchilosante; ARJ: Artrite reumatoide giovanile; LNH: Linfomi non Hodgkin; RCU: Rettocolite ulcerosa; SM: Sclerosi multipla, P: psoriasi.

FARMACO	MECCANISMO D'AZIONE	INDICAZIONI
Infliximab (Remicade®)	Anticorpo chimerico anti TNF- α di membrana e solubile	AR, AP, SA, Crohn, RCU
Etanercept (Enbrel®)	Proteina di fusione recettoriale per il TNF- α	AR, ARJ, SA, AP
Adalimumab (Humira®)	Anticorpo umanizzato anti TNF- α di membrana e solubile	AR, SA, AP
Anakinra (Kineret®)	Anticorpo ricombinante anti recettore IL-1	AR, ARJ
Rituximab (Mabthera®)	Anticorpo chimerico anti CD20	LNH, AR
Abatacept (Orencia®)	Proteina modulante la costimolazione delle cellule T	AR
Natalizumab (Tysabri®)	Anticorpo ricombinante umanizzato anti- α 4-integrina	SM (in attesa per Crohn)
Efalizumab (Raptiva®)	Anticorpo ricombinante umanizzato anti CD11a	P

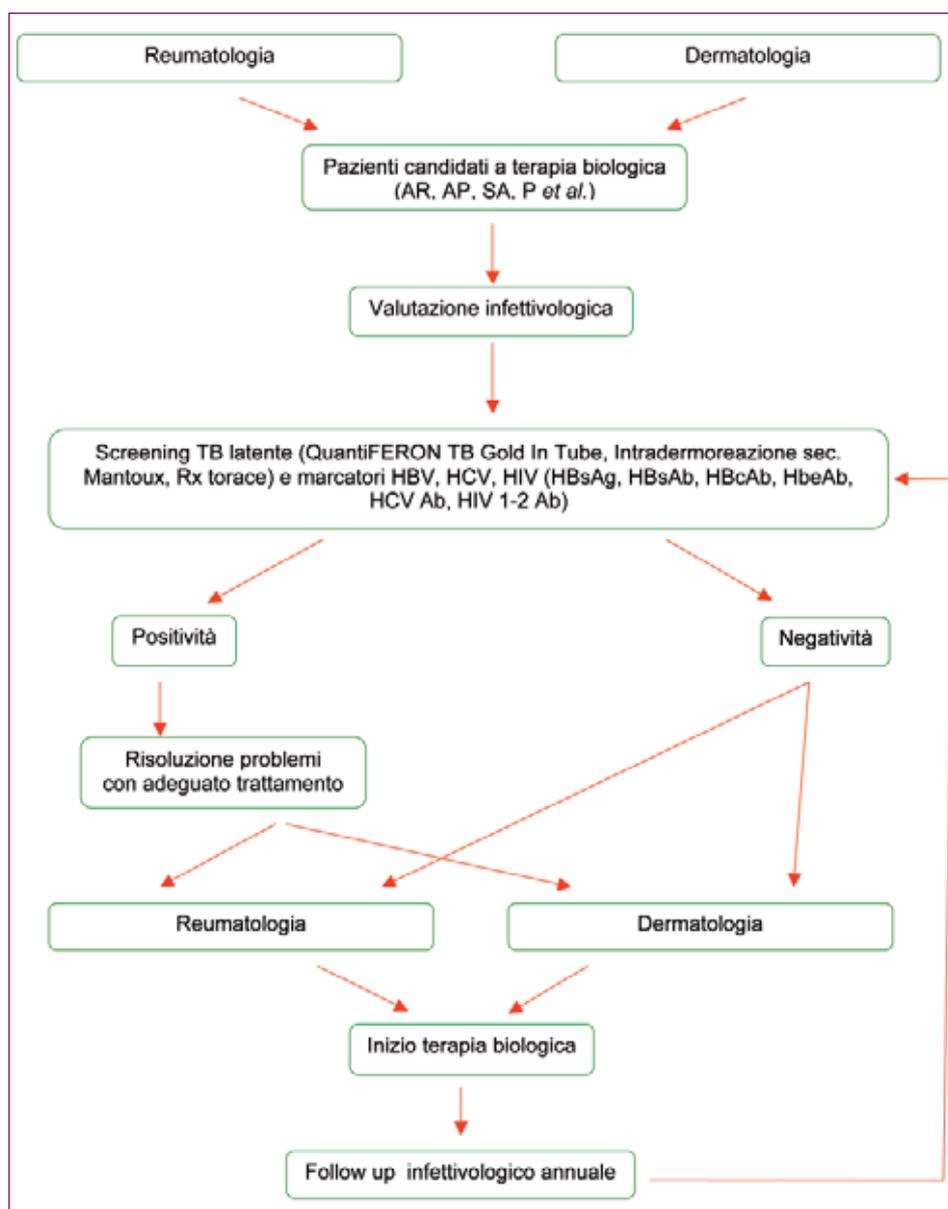


Figura 1 - Flow chart della gestione dei pazienti candidati a terapia biologica. AR: artrite reumatoide; AP: artrite psoriasica; SA: spondilite anchilosante; P: psoriasi; et al.: altre patologie croniche immunomediate che richiedono l'uso dei farmaci biologici.

di 62 settimane.

Un'altra infezione a rischio di riattivazione in soggetti in terapia con farmaci biologici è l'infezione da virus epatitici, in particolare da HBV. Il rischio di riattivazione di HBV è ampiamente documentato nei soggetti in terapia immunosoppressiva. I dati presenti in letteratura suggeriscono come approccio razionale al problema delle riattivazioni di HBV la valutazione di tutti i marcatori per HBV prima di iniziare una terapia immunosoppressiva. In caso di riscontro di positività di uno qualsiasi dei marcatori di infezione da HBV è raccomandata una attenta valutazione specialistica circa la necessità di trattamento o di profilassi con farmaci antivirali.

Il progetto è stato sviluppato, nell'ambito della Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (AOUC), dalle SOD Malattie Infettive e Tropicali (Prof. A. Bartoloni) e Reumatologia (Prof. M. Matucci Cerinic), in collaborazione con il Laboratorio di Micobatteriologia (Dr. E. Tortoli). Ad esso hanno successivamente aderito la UOS di Reumatologia (Dr.ssa G. Marin), Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze, e la UO Cluster Clinica Dermatologica II (Prof. T. Lotti), Dipartimento di Scienze Dermatologiche, Università degli Studi di Firenze. In tal modo è nato un lavoro che ha condotto allo sviluppo di un protocollo di *screening* infettivologico di tutti i soggetti candidati a terapia biologica.

L'attenzione è stata rivolta in particolare alla diagnosi di infezione tubercolare latente (ITL), alla ricerca di misconosciute epatopatie croniche di origine virale e al monitoraggio delle possibili complicanze infettive in corso di terapia con inibi-

tori del TNF- α .

Il protocollo, attivo da Maggio 2006, prevede una valutazione specialistica infettivologica di tutti i soggetti candidati a terapia biologica con (Figura 1):

- raccolta anamnesi clinica e farmacologica;
- identificazione dei fattori di rischio di *esposizione*, di *infezione* e di *progressione* per TB;
- esecuzione di Test per ricerca di TB latente (Intradermoreazione secondo Mantoux/ QuantiFERON TB - Gold In Tube);
- rx torace;
- prelievo di sangue per ricerca di HIV 1-2 Ab, HCV Ab, HBsAg, HbsAb, HBcAb, HbeAb.

Nell'era della medicina basata sull'evidenza e della standardizzazione degli algoritmi diagnostici e terapeutici, i risultati finora ottenuti (massima aderenza allo screening da parte dei pazienti, nessun caso di riattivazione di tubercolosi né di epatopatia cronica HBV correlata in più di 600 soggetti valutati) dimostrano che la strada dell'approccio multidisciplinare permette l'impiego dei nuovi farmaci per il trattamento delle patologie croniche immunomediate con il miglior profilo di sicurezza permesso dalle conoscenze attuali e da una buona pratica clinica.

L'accesso a questo servizio è diretto per i pazienti seguiti dagli specialisti reumatologi e dermatologi che partecipano al progetto. Per tutti gli altri pazienti è sufficiente richiedere una visita infettivologica presso l'Ambulatorio "Sicurezza Biologici", SOD Malattie Infettive e Tropicali, Piastra dei Servizi, Azienda Ospedaliero - Universitaria Careggi, Firenze, tel. 055/7949425-26. **TM**

Lezioni di medicina ad assistenti familiari

Una esperienza positiva a Montedomini

Tra le tante lezioni e relazioni tenute soprattutto a specialisti, medici ed infermieri, ma anche in ambito extraprofessionale, mancava al mio curriculum didattico, lungo ormai molti anni, un uditorio di assistenti familiari, dette(i) comunemente "badanti". Accettai quindi con piacere l'invito rivoltomi dall'Agenzia di Formazione di Montedomini nell'ottobre 2006. A partecipare come docente ai corsi di perfe-

zionamento per assistenti familiari promossi dalla Regione e dal Comune: l'argomento che dovevo svolgere come medico era la salute degli anziani.

Non mi nascondevo eventuali difficoltà che avrei potuto incontrare: problemi di comprensione linguistica, esistenza di differenti livelli culturali e come sempre la necessità di tradurre in termini semplici e pratici i complessi problemi del sapere medico.

È stato quindi necessario un lavoro di prepa-

ALBERTO DOLARA

Agenzia Regionale Sanità, Regione Toscana

razione per focalizzare l'interesse dei partecipanti sugli aspetti salienti degli argomenti: in primo luogo l'elaborazione di un questionario, da distribuire all'inizio ed al termine delle lezioni per valutare l'acquisizione delle conoscenze tecniche, la compilazione di un minidizionario per delucidare il significato dei termini più frequentemente riscontrabili nel linguaggio medico ed infine la stesura di dispense che riassumessero le nozioni di anatomia e fisiologia di base, delle principali malattie, dell'approccio al paziente, di come affrontare le situazioni a rischio, della valutazione dell'ambiente e degli stili di vita; per illustrare molte nozioni è stato utile ricercare immagini e figure degli studi di anatomia e fisiologia dei primi anni di laurea.

Dopo cinque corsi consecutivi nei quali ho insegnato dall'ottobre 2006 al maggio 2008, rivolti a 120 partecipanti, ritengo di poter fare alcune valutazioni complessive: prima di tutto è da sottolineare come il sincero interesse dimostrato dalle partecipanti (rara la presenza maschile) per gli argomenti svolti abbiano permesso di superare le difficoltà previste all'inizio. Dal punto di vista del trasferimento delle conoscenze tecniche i risultati sono stati senz'altro positivi, e sono documentati dal costante aumento, alla fine dei corsi, del numero delle risposte corrette ai questionari (Figura 1). Ma è soprattutto da valutare positivamente il "trasferimento affettivo" degli incontri docente-allievi, talora espresso in modo ingenuo, ma spontaneo ed efficace. Anche per testimonianza degli altri docenti le assistenti familiari si sono sentite "protagoniste riconosciute" del loro lavoro, spesso faticoso e comunque sempre impegnativo, svolto in ambienti molto diversi da quelli di origine, e spesso complicato da problemi personali non facilmente risolvibili. Se queste considerazioni hanno una validità i corsi di perfezionamento per assistenti familiari hanno quindi anche un valore "aggiunto" a quello puramente tecnico e in, altre parole, rappresentano un contributo non trascurabile ai difficili processi d'integrazione in atto nel nostro Paese. In appendice sono riportate brevi annotazioni sul problema generale delle assistenti familiari che possono essere utili per sottolineare quanto sia importante anche per i medici la loro presenza nella cura degli anziani.

APPENDICE

Dimensioni del problema

Oggi in Italia un "grande vecchio" su tre vive da solo, per destino o per scelta; circa due milioni di anziani che vivono al proprio domicilio sono disabili; il 44,5% degli ultraottantacinquenni sono disabili; le richieste di assistenza extrafamiliare aumenterà per l'invecchiamento dei caregivers informali (familiari); è previsto (negli Stati Uniti) un aumento degli assistenti familiari del 56% entro il 2015.

Secondo una ricerca IREF per il patronato ACLI vi sono in Italia 745.500 colf e badanti iscritte all'INPS; le domande d'iscrizione presentate sono 403.500 e gli irregolari sarebbero circa 800.000 (a Firenze le domande di regolarizzazione sono 8035). Provengono dalle nazioni dell'est nel 60% dei casi, dall'Asia nel 15,9%; dal Centro e Sud America nel 14,5%; dall'Africa nel 9,4%; l'età è compresa tra i 31 ed i 50 anni nel 65,8%; sono generalmente donne.

L'assistenza delle "badanti"

In uno studio condotto dalla Geriatria dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e riportato sul Corriere della Sera del 31 marzo 2008 è stata esaminata la qualità dell'assistenza prestata a cento anziani che vivono nella propria casa e sono stati seguiti per quasi due anni dalle rispettive badanti (92% donne) e da 88 caregivers informali (familiari). L'assistenza è risultata scarsa o sufficiente in 16 casi, intermedia in 39 casi e ottima in 45. È emersa una sorta di identikit della "badante perfetta", addirittura capace di rappresentare con la sola presenza un freno alle malattie croniche legate all'età. L'assistenza ottimale dipenderebbe principalmente da una buona capacità linguistica e dall'assenza di condizioni di vita disagiate delle badanti, i.e. dalla vicinanza dei propri familiari; questa ultima induce infatti una stabilità emotiva che a sua volta esercita effetto benefico sugli anziani da loro assistiti. Sempre secondo lo studio i corsi di formazione dovrebbero anzitutto fornire la capacità linguistica e nozioni semplici sulle patologie più frequenti dell'anziano disabile.

TM

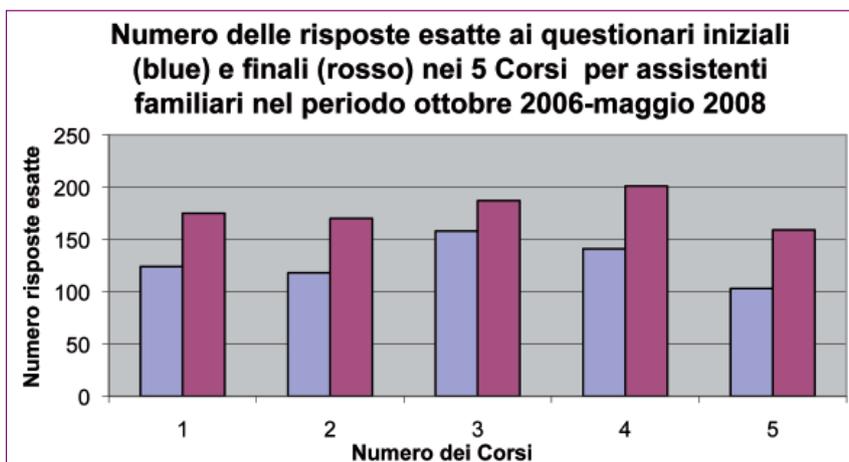


Figura 1

Studio ITALUNG: studio randomizzato controllato di diagnosi precoce della neoplasia polmonare con TC a basso dosaggio

Risultati preliminari

Lo screening per il tumore del polmone attraverso la TC a bassa dose rappresenta ancora oggi una metodica di diagnosi precoce non validata

alla sua efficacia nel ridurre la mortalità per causa. Nessuna agenzia internazionale, neanche l'American Cancer Society, ne consiglia l'uso non solo perché non si sa se effettivamente si riesce a modificare la storia naturale della malattia, ma anche perché è stato documentato negli anni passati il rischio che si corre di sovradiagnosi, cioè di identificare forme a scarsa potenzialità aggressiva. In questa situazione le maggiori agenzie scientifiche internazionali ritengono che l'unica possibile risposta potrà venire dagli studi randomizzati controllati. Negli Stati Uniti è in corso lo studio NLST promosso dal National Cancer Institute e dall'Associazione dei radiologi americani (ACRIN) che ha arruolato 25.000 soggetti nel braccio di screening e 25.000 nel braccio di controllo, cui ha offerto un esame Rx torace. In Europa la maggior parte degli studi ha scelto di confrontare il gruppo invitato a screening con uno assistito secondo l'usuale procedura (*usual care*), cioè senza prevedere esami di screening. In Europa sono attivi lo studio DANTE (da parte dell'Humanitas di Milano che prevede un Rx torace nel braccio di controllo, con arruolamento di 4.000 soggetti volontari), lo studio NELSON (15.000 soggetti in Olanda e 4.000 in Danimarca), uno studio da poco avviato in Germania ad Heidelberg (arruolamento atteso di 4.000 soggetti), uno studio inglese in fase di fattibilità che prevede un arruolamento di 12.000 soggetti e il nostro studio toscano ITALUNG¹ che ha previsto l'arruolamento di circa 3.000 soggetti e che coinvolge le Province di Firenze, Pisa e Pistoia.

Lo studio ITALUNG è iniziato nel 2004 dopo che la sua fattibilità è stata testata con uno studio pilota su 60 soggetti (Picozzi G. et Al. Radiol Med 2005). Lo studio ITALUNG ha coinvolto nell'arruolamento le persone che hanno accettato l'invito a partecipare formulato con

A. LOPES PEGNA*, E. PACI**

* SOD Pneumologia 1 - AOU Careggi, Firenze

** UO di Epidemiologia Clinica e Descrittiva - Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Firenze

l'ausilio di 269 medici di medicina generale. Il coordinamento epidemiologico dello studio è presso l'ISPO (Istituto per la ricerca e prevenzione oncologica). I medici di medicina generale hanno fattivamente collaborato anche non solo nella comunicazione dei referti degli esami TC ai loro assistiti, ma soprattutto nell'esecuzione dei test di approfondimento diagnostico proposto ai soggetti con test positivo.

Lo studio ITALUNG prevede per il braccio attivo l'esecuzione di quattro esami TC eseguiti nell'arco di 4 anni; al momento sono stati eseguiti i test di base e del 1° anno di richiamo, oltre il 90% di quelli del 2° richiamo e più del 60% dell'ultimo richiamo; si prevede il completamento degli esami per la fine 2009. Seguirà il follow-up e l'analisi dei dati che metterà a confronto la mortalità per neoplasia polmonare del braccio attivo col braccio di controllo. Buona è stata fino ad ora l'adesione allo studio: drop out che si aggira al meno del 2% annuale; più del 30% dei soggetti hanno interrotto lo studio per motivi di salute.

Su *Lung Cancer* (Lopes Pegna A. et Al. 2008) sono stati riportati i risultati del test di base. I soggetti eleggibili (età compresa tra 55 e 69 anni, fumatori o ex fumatori da <10 anni con storia di fumo di ≥ 20 pack-year, assenza di precedente neoplasia con eccezione dei tumori cutanei non-melanoma, condizioni generali che non precludano la possibilità di chirurgia toracica) sono stati arruolati tramite l'invio di 71.232 lettere; 1.593 soggetti

sono stati randomizzati nel braccio passivo e dei 1.613 soggetti randomizzati nel braccio attivo, 1406 hanno eseguito il test di base. Oltre all'esame TC, per i soggetti del braccio attivo, è stato eseguito uno studio collaterale sui biomarcatori del tumore polmonare nel sangue e su espettorato. Considerando i primi tre test di screening la percentuale di test positivi (presenza al test di base di almeno un nodulo polmonare solido o parzialmente solido ≥ 5 mm o un nodulo non solido ≥ 10 mm e presenza nel test di ripetizione di noduli non calcificati di nuova insorgenza ≥ 3 mm o incremento dimensionale di noduli già identificati nel test di base) si è stabilizzata dal valore del 30% del test di base ai valori del 17% e 16% rispettivamente per il 1° e 2° test di ripetizione. Le neoplasie identificate col test di base (prevalenti) sono state riscontrate nell'1.5% dei casi mentre quelle dei test di ripetizione annuale (incidenti) nello 0.4% dei casi; nei soggetti con test positivo sono state riscontrate nel 4.1%, nel 2.1% e nel 2.6% dei casi rispettivamente nei primi tre passaggi di screening. Delle 21 neoplasie prevalenti 18 erano non a piccole cellule (NSCLC) e di queste il 56% in I stadio; delle 10 neoplasie incidenti fino ad ora riscontrate (1° e 2° test di ripetizione) 7 erano NSCLC e di queste il 71% in I stadio. Di tutte le neoplasie riscontrate

prevale l'istotipo adenocarcinoma; il diametro medio delle neoplasie identificate si è andato riducendo dai 20 mm del test di base ai 14.5 mm dei test di ripetizione. I soggetti che hanno avuto la diagnosi di neoplasia polmonare sono stati sottoposti a terapia chirurgica in elevata percentuale (80% per il test di base e di 1° *repeat*, 100% per il 2° *repeat*). Grazie alla TC a basso dosaggio dello screening sono state identificate anche neoplasie extra polmonari e ripetizioni polmonari da altre neoplasie che non si erano ancora manifestate clinicamente. I risultati preliminari del nostro studio randomizzato e controllato si allineano a quelli riscontrati negli studi *one arm* più importanti fino ad ora eseguiti. La collaborazione internazionale in corso con gli altri studi randomizzati europei potrà consentire la raccolta dati di un ampio campione di soggetti, tale da poter consentire di dare una risposta concreta sulla reale efficacia dello screening per la diagnosi precoce della neoplasia polmonare con TC a bassa dose.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: lopespegnaa@aou-careggi.toscana.it - e.paci@ispo.toscana.it

TM

LO STUDIO ITALUNG È FINANZIATO DALLA REGIONE TOSCANA E PROMOSSO DALL'ISTITUTO TOSCANO TUMORI

¹Membri del gruppo di Ricerca: Mario Mascalchi, Maurizio Bartolucci, Massimo Falchini, Giulia Picozzi, Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Sezione Radiodiagnostica, Università di Firenze. Elena Crisci, Agostino De Francisci, Silvia Gabbrielli, Giuliana Roselli, Radiologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi (AOU) di Firenze. Andrea Lopes Pegna, Roberto Bianchi, Cristina Ronchi, Pneumologia 1 AOU. Laura Carrozzi, Ferruccio Aquilini, Stella Cini, Mariella De Santis, Francesco Pistelli, Filomena Baliva, Antonio Chella, Laura Tavanti, Dipartimento Cardiopolmonare, AOU Pisana. Camilla Eva Comin, Dipartimento di Patologia Umana e Oncologia, Università di Firenze. Florio Innocenti, Michela Grazzini, Ilaria Natali, Cristina Venturi, Pneumologia Ospedale ASL 3 di Pistoia. Luigi Battola, Anna Lisa De Liperi, Fabio Falaschi, Cheti Spinelli, Dipartimento di Radiologia Università di Pisa. Francesca Maria Carozzi, Cristina Maddau, Unità di Citologia Analitica e Biomolecolari, Istituto per la Ricerca e Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze. Gabriella Fontanini, Adele Renza Tognetti, Dipartimento di Patologia, Università di Pisa. Alberto Janni, Chirurgia Toracica AOU. Andrea Masi, Radiologia, Azienda Sanitaria Locale 10 di Firenze. Alfredo Mussi, Marco Lucchi, Chirurgia Toracica Università di Pisa. Luca Vaggelli, Medicina Nucleare AOU. Letizia Vannucchi, Alessia Petruzzelli, Davide Gadda, Anna Talina Neri, Franco Niccolai, Radiologia, Ospedale di Pistoia. Eugenio Paci, Giovanna Cordopatri, Francesco Giusti, Ida Esposito, Unità di Epidemiologia Clinica e Descrittiva, ISPO.

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
info@bda.it - www.bda.it - www.computeria.net



Il certificato oculistico nell'accertamento dell'invalidità civile

In un recente supplemento informatico di "Toscana Medica News" si può leggere un trafiletto redazionale sui certificati medici nel quale si richiama con esempi pertinenti i criteri generali e la scrupolosa attenzione con la quale questi documenti debbono essere redatti, *in primis* nell'interesse del redattore. Queste caratteristiche sono viceversa spesso carenti perché il certificato sovente non viene considerato un atto rilevante nel corso della visita, ma viene generalmente redatto frettolosamente su richiesta a conclusione di questa, quasi come un appendice cui non viene attribuita eccessiva importanza.

Con questo scritto intendiamo occuparci di un particolare tipo di certificati, pur non rinunciando a richiamare l'importanza di certe caratteristiche che non vanno trascurate: la data (sembra impossibile, ma talvolta manca: lapsus calami!); un minimo di decorso clinico, riassumendo concisamente ma chiaramente le malattie pregresse, se rilevanti per il caso specifico, o il decorso della malattia in questione; la diagnosi (anche questa stranamente succede che manchi!) oltre ovviamente alle conseguenze funzionali dipendenti dalla situazione patologica in esame; se richiesto dal caso particolare un abbozzo di prognosi.

Tutte queste sono caratteristiche comuni a tutti i certificati, a qualunque scopo vengano rilasciati.

Ma noi in questo breve scritto, in quanto membri della commissione per l'accertamento dello stato invalidante, in particolare di quella per i ciechi civili, vogliamo rivolgerci oltre che a tutti i colleghi, in maniera specifica agli oftalmologi per ricordare loro alcune modificazioni abbastanza recenti apportate alla legge sulla "classificazione e quantificazione delle minorazioni visive" per il diritto ad un trattamento economico pensionistico.

La legge 382/1970 stabilisce l'indennità di accompagnamento per i ciechi assoluti.

Ricordato che a mente della Legge 382/1970, confermata dalla Legge 138/2001:

"Art. 2: si definiscono ciechi totali:
a) coloro che sono colpiti da totale mancanza della vista in entrambi gli occhi;

b) coloro che hanno la mera percezione dell'ombra e luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore;

c) coloro il cui residuo perimetrico **binoculare** è inferiore al 3%.

Art. 3: Si definiscono ciechi parziali:

a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione;

b) coloro il cui residuo perimetrico **binoculare** è inferiore al 10%.

Art.4: Si definiscono ipovedenti gravi:

a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore con correzione di lenti;

b) coloro il cui residuo perimetrico **binoculare** è inferiore al 30%".

Seguono nella stessa legge le specificazioni per gli ipovedenti medio-gravi e lievi; la legge prevede la categoria degli ipovedenti perché, pur non spettando loro alcun corrispettivo monetario, essi hanno diritto alla fornitura gratuita dei sussidi ottici o elettronici per ipovedenti.

La Tabella sottostante riassume il disposto della legge:

Ipovisione grave:	V. centrale:	1/10 - 1/20	periferica = 29 %- 10%
Residuo visivo:	V. centrale:	1/20 - conta dita	periferica = 9% - 3%
Cecità totale	V. centrale:	< motu manus	periferica < 3%

Poco vi è da dire sull'accertamento della acuità visiva centrale: la valutazione di ogni singolo caso ovviamente dovrà tenere conto, oltre che delle risposte del soggetto, anche, e soprattutto, della corrispondenza tra il visus dichiarato e la patologia presente (l'esame obiettivo) e del comportamento nello spazio. Nel caso questi elementi non siano convincenti è opportuno scrivere sul certificato: "dichiara" oppure: "visus dichiarato", manifestan-

FRANCA D'ANNA*, VITTORIO RIZZINI**

* Dirigente U.O. Medicina Legale, Asl 10 Firenze

** L.D. Clinica Oculistica, già Primario Ospedale Oftalmico Fiorentino

do quindi una seria riserva sulla veridicità della dichiarazione.

L'acutezza visiva centrale deve essere espressa in decimi o frazioni (1/20, 1/30, 1/50, ecc.) per essere aderente ai termini con i quali si esprime la legge, a scampo di ingenerare confusione o equivoci.

Viceversa le cose sono meno semplici per la valutazione del residuo perimetrico che, al di là dell'acutezza visiva centrale, interessa ovviamente più frequentemente i soggetti glaucomatosi, quelli con patologia del nervo ottico o delle vie ottiche superiori e i portatori di retinite pigmentosa.

Valutare un residuo campimetrico al 3, 10 o 30 per cento sulla base dei risultati di una campimetria eseguita al Goldmann, è molto difficile e aleatorio o addirittura del tutto soggettivo, mancando criteri precisi per tale valutazione: Esterman ha fornito tra gli anni '80-'90 dei criteri applicabili con il campimetro di Goldmann, ma questi hanno avuto una applicazione più puntuale solo con l'uso della campimetria computerizzata, tenendo conto che, come prescrive la Legge 138, **l'esame deve essere eseguito in visione binoculare**, per una valutazione percentuale del residuo con una unica cifra percentuale. La tecnica di Esterman si è dimostrato però, pur costituendo un notevole progresso concettuale, poco precisa perché utilizza sempre ed esclusivamente stimoli fortemente luminosi (10dB) ed ugualmente distribuiti in tutti i settori del campo, per cui vengono sopravvalutati per la valutazione della disabilità visiva i settori meno importanti.

Pertanto il Gruppo Italiano Studio Ipvisione (G.E.P.I.) ha ideato un software più adeguato, che può essere installato in quasi tutti i perimetri computerizzati e che fornisce direttamente la cifra dei punti percentuali visti con stimolo appena sopraliminare (e che valgono 1) e di quelli visti solo con stimolo massimale (che valgono 0,5): quelli non visti hanno naturalmente valore 0; la somma dei primi due costituisce direttamente il valore percentuale. Nella distribuzione dei punti luminosi viene tenuto conto anche delle aree perimetriche più o meno importanti dal punto di vista funzionale.

Pertanto anche nella valutazione del campo visivo abbiamo oggi criteri abbastanza precisi per giudicare se il singolo caso rientra nei parametri previsti dalla legge 138/2001 (salva sempre la collaborazione dell'esaminando: nel caso tuttavia che questo dichiari di non vedere mai la mira, senza una adeguata patologia, oppure che dia solo poche risposte scattering, non corrispondenti al quadro clinico, si considererà l'esame non dirimente né risolutivo).

Restiamo a disposizione di chi fosse interessato per fornire le indicazioni per il software per installare un custom screening test (C.V. %) per la quantificazione percentuale del danno perimetrico e le istruzioni della gestione della tecnica. Tutti questi dati sono tratti dell'articolo di E. Gandolfo pubblicato su "Oftalmologia Sociale" XXVIII, 3, 2005, pag. 29 che riporta anche un'ampia bibliografia. **TM**

A.M.M.I. (Associazione mogli medici italiani)

A.M.M.I., sezione di Firenze, ha organizzato una serie di incontri, presso l'Ordine dei Medici, a cadenza mensile sul tema "**Problemi di cuore**".

La conferenza inaugurale in data 14 Gennaio 2009 è stata tenuta dal Dott. Andrea Ungar, cardiologo-geriatra dal titolo: "*La donna, le malattie cardiovascolari e la prevenzione*".

Il prossimo incontro dal titolo: "**Il cambiamento dello stile di vita: curarsi o essere curati?**", sarà tenuto dal Prof. Carlo Maria Rotella e si terrà Mercoledì 22 Aprile alle ore 17.

Noti relatori illustreranno argomenti sempre riferiti al cuore, visti da diverse angolature.

Ambulatori medici

in Firenze Via Aretina (fronte Rai)
immobile totalmente ristrutturato

- Ingresso indipendente dal condominio
- accesso senza rampe
- posteggio motorini riservato
- locali climatizzati
- ogni ambulatorio con bagno privato
- arredo completo per tipologie d'uso
- armadio blindato per documenti sensibili

servizi inclusi

- Sala attesa adulti con distributori automatici
- Kindergarden per attesa bambini con giochi e tv
- Numero telefonico entrante per ogni medico
- Fax entrante per ogni medico
- Segreteria con ampio orario e servizio di cortesia
- Connettività internet sia via cavo che wireless
- Consumi elettrici, acqua, condizionamento
- Pulizie e consumabili
- Stampanti usb per ricettari SSR (con PC su richiesta)
- Bacheca elettronica per avvisi in sala di attesa

Ambulatori a disponibilità permanente ed oraria anche con saletta di attesa privata

Trattativa diretta con la proprietà - info@ingesrl.eu - contatti e sopralluoghi 380.888.99.11

Denunciare o curare: dilemma giuridico da risolvere eticamente

I problemi connessi alla immigrazione clandestina accendono gli animi e l'interesse, né poteva risultare diversamente stante la delicatezza della materia e superando l'ambito della più propria impostazione politica, sono venuti ad interessare in modo diretto

la Professione medica, evocando pareri e prese di posizione anche da parte della Federazione degli Ordini e coinvolgendo a pieno titolo le Istituzioni anche solo indirettamente partecipi della materia (l'Università, per esempio). L'impressione, peraltro, è che talora l'argomento sia stato affrontato sulla comprensibile onda della emotività e del coinvolgimento solidaristico, come sull'aspetto, non certo marginale, che direttamente o indirettamente richiama la sicurezza del cittadino e le modalità più idonee a garantirla, finendo, però, per risentirne l'informazione corretta e la conoscenza specifica dell'argomento e quindi per atomizzarsi e rendersi evanescente il motivo essenziale del dibattito (rectius: il motivo reale che avrebbe dovuto evocarlo).

Esprimendosi in modo semplicistico, ma, ci sembra, sostanziale per quanto di interesse ai nostri fini, oggetto della discussione sarebbe il recente DDL nella forma approvata dal Senato che, abrogando una specifica e precedente disposizione, introdurrebbe l'obbligo o la possibilità (secondo le differenti posizioni) da parte del medico di denunciare l'immigrato clandestino che ricorra alle sue cure, condizionandosi, di fatto, la probabilità (se non la certezza) che, consapevole di essere passibile di denuncia, il clandestino non sarebbe indotto a ricorrere all'assistenza medica con secondario danno per la sua personale, ma anche per la salute pubblica e la pubblica incolumità.

Comprensibilmente ed anche condivisibilmente, l'Ordine ha evocato la propria ferma contrarietà, supportandola con idonee argomentazioni. Le maggiori perplessità evocate in ambito professionale (e non solo), si riferiscono all'abrogazione dell'art. 35 comma 5 del Decreto Legislativo n. 286/98 che testualmente recita: "L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'Autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano". Derivandone l'opinione che, abrogando una siffatta sorta di dispensa, se non addirittura di divieto, automaticamente ne discen-

da per il medico l'obbligo (o quantomeno l'invito o la possibilità) alla segnalazione.

Ma, vien da chiedersi, la situazione quale è, in effetti, allo stato? E quale è, davvero, l'origine del dubbio? Posto che solo chiarendosi in via definitiva su tali aspetti, può realmente propor-

si e concertarsi un comportamento professionale condivisibile e univoco da parte della categoria medica, a prescindere dalla posizione politica che ciascuno intenda assumere, ovviamente dovendosi muovere dal pieno rispetto delle idee personali, ma anche dalla conoscenza oggettiva dei fatti.

Esaminando la complessa normativa in materia, ciò che sembra, anzitutto, emergere è l'assenza di ogni riferimento normativo precedente al 1998, che imponesse al medico di denunciare il clandestino, non risultando alcuna previsione al riguardo, tra gli obblighi di segnalazione alla Autorità Giudiziaria, alla Autorità Sanitaria o ad altra Autorità per i provvedimenti di competenza. Non del tutto chiara, pertanto, risulta la motivazione e l'origine della dispensa/divieto a segnalare presente nell'articolo in parola, posto che vien naturale chiedersi come possa evocarsi una deroga, se non si sia prima definito l'obbligo. Inoltre, salvo che non si dimostri una lacuna di conoscenza di chi scrive, relativamente alla attuale assenza dell'obbligo (sempre possibile, ovviamente, stante la articolata complessità della materia ed in proposito si invoca l'intervento di un giurista che sopperisca alle carenze del medico) la segnalazione non dovuta non potrebbe che corrispondere all'assenza di una "giusta causa" come deroga al segreto professionale, per cui, di fatto, essa verrebbe a rappresentare per il medico una violazione dell'obbligo di mantenere il segreto, perseguibile sul piano deontologico, oltre che giuridico.

L'articolo in parola, inoltre, sembra esprimersi in termini contraddittori allorché cita, da un lato, le strutture sanitarie e dall'altro l'obbligo del referto: essendo noto, invece, che il medico che operi all'interno della struttura sanitaria, in qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio è tenuto, semmai, all'obbligo di denuncia (art. 361 c.p.), mentre il libero professionista è tenuto all'obbligo del referto (art. 365 c.p.), ragion per cui, ove il soggetto non in regola si presenti alla struttura sanitaria pubblica vige la prima previsione di obbligo, nel caso in cui si rivolga al medico priva-

GIAN ARISTIDE NORELLI

*Ordinario di Medicina Legale
Università degli Studi di Firenze*

tamente, vale, invece, la seconda.

Tale aspetto, che non ci risulta sia stato fino ad ora oggetto di discussione, non è certo di rilevanza marginale, tanto che, pure all'interno della Medicina Legale, si discusse molto, anni addietro, relativamente alla posizione del medico che debba ritenersi predominante. Se, infatti, si considera prevalere sulla posizione professionale in ambito pubblico (medico inquadrato nella struttura o convenzionato) la qualifica di pubblico ufficiale o quantomeno di incaricato di pubblico servizio, vale l'obbligo di denuncia per ogni caso di reato (contravvenzione o delitto, quindi) di cui si venga a conoscenza e per cui si debba procedere d'Ufficio; mentre se la posizione professionale sia intesa come prevalente (per cui sia la qualifica di medico, che conta, prima di quella di soggetto afferente alla struttura pubblica) allora dovrebbero incombere sul medico previsioni analoghe a quelle del libero professionista, per il quale vige l'obbligo di referto ed in particolare quella di non segnalare ogni caso di reato, in cui si esponga la persona assistita a procedimento penale (essendo noto che l'esimente all'obbligo sussiste per il referto, ma non per la denuncia obbligatoria).

Banalmente esemplificando, dunque, il medico della struttura pubblica è sempre tenuto a denunciare ogni reato perseguibile d'Ufficio; privatamente, invece, il medico, non è tenuto a refertare allorché si esponga l'assistito a procedimento penale. Essendo la diversità motivata dalla prevalenza della funzione pubblica del medico rispetto agli interessi individuali dell'assistito e, per converso, della opportunità di privilegiare gli interessi del singolo, rispetto a quelli della collettività, nel caso in cui il medico sia in veste di libero professionista, ancorché esercente, pur sempre, un servizio di pubblica necessità.

Sembra, dunque, di piana evidenza, che siffatta condizione è vigente, a prescindere dalla sussistenza o meno dell'articolo da cui muove il commento e quindi dall'emendamento relativo alla sua abrogazione, posto che, semmai, è la previsione di introdurre il reato di immigrazione clandestina che, se sussistente, trattandosi di contravvenzione procedibile d'ufficio, sarebbe sottoposto all'obbligo di denuncia da parte del medico della struttura pubblica (in quanto pubblico ufficiale), mentre non potrebbe prevedersi l'obbligo di presentare referto (non trattandosi di delitto); se, invece, la previsione di reato non sussiste, si tornerebbe al punto precedentemente discusso, in quanto, in assenza di reato, non potrebbe sussistere alcun obbligo di darne segnalazione.

Correttamente, pertanto, dovrebbe tornarsi a discutere se sia eticamente e politicamente corretto introdurre il reato di "clandestinità", derivandone di conseguenza quale sia la condotta che il medico è tenuto ad assumere. Se ciò è, peraltro, come sembra indubbiamente essere, non solo l'oggetto di discussione si sposta sostanzialmente, ma soprattutto si amplia, inducendo ad interrogarsi, come già in passato si è fatto, se sia eticamente corretto che il medico debba agire, nell'interesse della Giustizia, indirettamente sacrificando lo scopo ed

il fine della Professione. L'obbligo di denuncia del reato, infatti, indubbiamente commendevole sul piano dell'utilità sociale, diverge, di fatto, dalla funzione primaria della Professione medica che è quella di garantire l'assistenza e la cura a chi ne abbia necessità, a prescindere dalla condizione in cui versi relativamente all'esecuzione di un reato. Ciò vale, peraltro, per il clandestino come per il cittadino regolare, nella prospettiva di una tutela dei diritti costituzionalmente sanciti e di un bilanciamento fra diritti, doveri e pubbliche opportunità.

Non è questa la sede per entrare nel merito se sia o meno da condividere l'ipotesi di introdurre un reato di clandestinità "ad hoc", né può ritenersi l'argomento di interesse professionale per il medico; mentre sembra di specifico interesse per la Categoria domandarsi se debba prevalere per il medico l'impegno alla cura ovvero sia più utile la conoscenza e quindi la persecuzione del reato, dovendosi privilegiare una modalità di azione, allorché l'una risulti confliggere con le altre. La risposta non è immediata per il medico, anche se, come si è detto, dopo un appassionato dibattito è sembrato doversi privilegiare l'interesse collettivo e di Giustizia, verso quello individuale al diritto alla salute. Personalmente sembra più consona per il Medico una diversa scelta, anche se quello presente non sembra il momento più favorevole per reintrodurre il dibattito, posto che il conflitto investe una materia importante, ma che presta il fianco a facili e fuorvianti strumentalizzazioni se limitato alla posizione dell'immigrato irregolare. Lo spunto, invece, dovrebbe essere colto dal Medico, a prescindere dalla pur significativa contingenza, per riaprire un tema complesso sul piano etico, deontologico e giuridico, sulla tutela dei diritti costituzionali e sul bilanciamento doveroso fra questi e gli obblighi gravanti sulla professione, soprattutto allorché sembri sussistere contraddizione, relativamente alla denuncia del reato, fra la funzione pubblica ed i doveri ad essa pertinenti e lo scopo e addirittura il significato, il senso ed il valore, che sono fondamento della Professione medica.

Potrebbe essere un'importante occasione, allora, per essere sempre più propositivi, di insistere perché la posizione del Medico sia da considerare a parte, soprattutto all'interno delle previsioni penalistiche rispetto alle previsioni ordinarie di condotta di altri cittadini o appartenenti a professioni diverse; e come dovrebbe diversamente considerarsi l'atto medico all'interno delle differenti previsioni di colpa, così ben potrebbero diversamente considerarsi gli obblighi del medico in tema di denuncia di reato, allorché egli rivesta la qualifica di Pubblico Ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, privilegiandosi l'indiscutibile diritto di chiunque alla tutela della propria salute e della vita. Avendosi positiva dimostrazione, così convenientemente operando, che la Società, pur tutelando se stessa ed i diritti di chi appartiene ad essa, persegue un giusto temperamento con la volontà di apprezzare e di difendere, anche chi, con civica consapevolezza e dedizione si fa carico di una attività che è foriera di grandi soddisfazioni, ma talora di inaccettabili oneri.

TM



Chirurgia laparoscopica nell'addome acuto: perché?

INTRODUZIONE

Il chirurgo R.A. Burova affermava in un suo lavoro pubblicato nel Marzo 1994 sulla rivista moscovita *Khirurgiia* che “la laparoscopia d'urgenza deve essere sempre intesa come **ultimo atto diagnostico** e come **primo atto terapeutico**”. A distanza di 14 anni non possiamo che condividere appieno questa affermazione: riteniamo infatti che l'evoluzione dell'esperienza professionale per questa metodica chirurgica, che si è affinata ed è andata col tempo ad incrementare le sue indicazioni, associata alla possibilità, ora più di allora, di utilizzare strumentario ed attrezzature all'avanguardia e di elevato contenuto tecnologico, sicuramente consentono l'approccio a casi anche difficili. Invece, nonostante la chirurgia laparoscopica sia ritenuta ormai da tempo il “gold standard” per alcuni tipi di trattamento, quali la colecistectomia o le plastiche antireflusso, e nonostante che in tanti ospedali, un po' a macchia di leopardo, in Italia e fuori d'Italia, la possibilità di esplorare con tale metodica la cavità addominale in tutti i suoi recessi, ne abbia reso determinante il ruolo nella gestione dell'addome acuto, possia-

mo confermare senza ombra di dubbio che, questa non ha ancora definitivamente sfondato sul fronte dell'urgenza. Le maggiori difficoltà a questo tipo di approccio, pur ritenendo per certo che in mani esperte ad una corretta e sicura diagnosi è possibile far seguire un altrettanto corretto e sicuro trattamento chirurgico, sono molto

F. VEZZOSI, A. DERVISHI, U. CIGNONI, F.P. MENNO, P. ESERCITATO, G. ALFONSI, L. CIOMPI

Azienda Usl 6 Livorno - UOC Chirurgia Elba
Direttore: Dr. Ferruccio Vezzosi

spesso determinate da un non facile coinvolgimento filosofico degli stessi operatori, oltre che da una non maturata esperienza e da un inadeguato *feeling* fra chirurghi, anestesisti e personale infermieristico di sala operatoria per la mancata e, talvolta, non voluta condivisione di comuni obiettivi e di medesimi entusiasmi. Il costo e la durata di un intervento laparoscopico sicuramente non controindicano tale approccio, tenendo anche conto di tutti i vantaggi, unanimemente riconosciuti, di tale metodica.

Riportiamo di seguito quelle che non solo noi riteniamo essere le indicazioni e le controindicazioni all'approccio laparoscopico nell'addome acuto che, pur presentando aspetti clinici diversi, può variare e sconfinare ora nell'uno ora nell'altro, e la cui genesi è sicuramente complessa.

Indicazioni assolute all'approccio laparoscopico nell'addome acuto

- Colecistite acuta.
- Appendicite acuta.
- Peritoniti per perforazioni gastro-duodenali anteriori.
- Occlusioni intestinali meccaniche in fase iniziale.
- Urgenze ginecologiche.

Indicazioni relative all'approccio laparoscopico nell'addome acuto

- Traumi chiusi dell'addome con stabilità emodinamica.
- Ferite penetranti dell'addome con stabilità emodinamica.



Controindicazioni assolute all'approccio laparoscopico nell'addome acuto

- Emergenza chirurgica.
- Controindicazioni all'induzione dello pneumoperitoneo.
- Peritonite data.
- Occlusione intestinale con distensione massiva delle anse.
- Traumi chiusi e/o penetranti con instabilità emodinamica.
- Gravi alterazioni idro-elettrolitiche.
- Sindrome compartimentale.
- Shock settico.
- Gravi coagulopatie.
- I.R.C. grave.

	Emorragico	
Infiammatorio		Occlusivo
	ADDOME ACUTO	
Ginecologico		Vascolare
	Traumatico	

Crediamo fermamente che l'approccio laparoscopico all'addome acuto offra possibilità terapeutiche notevoli, se sono salvaguardati due aspetti fondamentali: una accurata valutazione della patologia responsabile dell'evento, che rispetti le indicazioni già descritte e che tenga conto delle controindicazioni, ed una adeguata esperienza dell'équipe chirurgica; tenendo conto di queste condizioni è possibile affrontare in sicurezza, con altissima probabilità di successo, ogni quadro di addome acuto.

CASISTICA

La nostra esperienza è relativa agli anni 1998/2008, sebbene la prima colecistectomia laparoscopica per colecistite acuta litiasica risalga al Gennaio 1996; in questo periodo sono stati sottoposti ad approccio laparoscopico (VL) in urgenza per addome acuto 394 pazienti, 235 F e 159 M in età compresa fra 10 ed 84 anni; 373 interventi (94,6%) sono stati portati a termine con metodica laparoscopica, mentre 21 (5,4%) sono stati gli interventi convertiti in "open", sempre per motivi di sicurezza, mai per necessità. La casistica è riportata per esteso nella Tabella 1.

CONCLUSIONI

Pensiamo che la chirurgia laparoscopica, quando sussista una provata esperienza dell'équi-

pe chirurgica, rappresenti l'approccio ideale in un gran numero di casi di addome acuto, con risultati sicuramente soddisfacenti; i vantaggi dell'approccio laparoscopico, anche in urgenza, rappresentati dal minor dolore post-operatorio, dalla possibilità di evitare una laparotomia con tutte le sue possibili conseguenze o, nel caso che questa si sia resa necessaria, dalla possibilità di averne potuto eseguire una mirata e calibrata all'entità del quadro clinico, dalla riduzione del periodo di degenza con conseguente rapida ripresa delle normali attività di vita relazionale e di lavoro, associati alla mortalità nulla ed alla morbilità estremamente contenuta della nostra casistica ci invitano a proseguire nella nostra limitata esperienza; la soddisfazione percepita dai pazienti e dai loro familiari ci fortificano in questa decisione, rammentando comunque che anche la chirurgia laparoscopica può non essere scevra da complicanze, talvolta gravi.

Se all'inizio del percorso che abbiamo intrapreso il dilemma era: "Quale addome acuto approcciare con metodica laparoscopica?", attualmente quello che ci chiediamo è: "Quale addome acuto trattare senza un iniziale approccio laparoscopico?".

CASISTICA LAPAROSCOPICA PER ADDOME ACUTO GENNAIO 1998 - OTTOBRE 2008

Totale pazienti: 394

Età media: 46 anni	range 10-84
Sesso	235 F - 159 M
Mortalità	0
Morbilità	3 (0,76%)
Conversioni "open"	21 (5,4%)
Degenza media post-operatoria	gg. 5
Appendicite acuta	216 (9)
Colecistite acuta	104 (6)
Patologia ginecologica	42
Occlusioni intestinali da briglia	10 (1)
Peritoniti da perforazione organo cavo	10 (4)
VL Esplorativa in IBD	5 (1)
Ferite penetranti cavità addominale	2
Patologia di parete (ernia ombelicale intasata)	2
Reinterventi in VL	3

Fra parentesi gli interventi convertiti

Bibliografia

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

TM

Il Medico di famiglia e i percorsi per la non autosufficienza in Toscana

Con la Legge Regionale n. 66 del 18 dicembre 2008, La Regione Toscana ha istituito il Fondo per la non autosufficienza, con il quale intende realizzare e consolidare un sistema di servizi capace di rispondere ai bisogni delle persone non autosufficienti e migliorarne le condizioni di vita e l'autonomia.

Un sistema che si caratterizza per la certezza della prestazione, l'appropriatezza e la tempestività dell'intervento rivolto alla persona ed ai familiari, l'ampliamento della rete dei servizi e degli interventi, le procedure d'accesso facilitate e garantite, la definizione delle forme di assistenza e di compartecipazione alla spesa.

La non autosufficienza, tanto per gli aspetti legati alla pressione demografica quanto per le caratteristiche di perdita e/o di mancanza (deficit fisici e/o sensoriali, perdita di relazioni significative, perdita di ruolo sociale, ecc), si connota come una problematica particolarmente complessa, in grande crescita ed in continua evoluzione.

Il **Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente**, proprio a partire da tale complessità, intende accompagnare la organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie.

La medicina generale, per le sue caratteristiche istituzionali e professionali è abitualmente il primo contatto della persona e fornisce un accesso aperto agli assistiti e a tutti i loro problemi di salute.

Il medico di medicina generale (MMG) è il medico della persona, non solo della malattia. Il suo rapporto con il paziente è peculiare: conosce il contesto lavorativo e familiare dell'assistito, conosce i suoi problemi e quello che è stato fatto per affrontarli e spesso segue la persona per tutta la vita.

Ogni medico di medicina generale ha con i suoi assistiti un rapporto di fiducia sul quale si costruisce una relazione medico-paziente articolata nel tempo, che non si ferma al sintomo o al disturbo clinico del momento. È con il medico di medicina generale che si vivono la fase di diagnosi, che si condividono le decisioni terapeutiche e le scelte riabilitative, attraverso un confronto continuo e diretto.

Con l'invecchiamento della popolazione la Medi-

cina Generale è sempre più chiamata ad affrontare i problemi sanitari caratterizzati dalla cronicità, problemi per i quali spesso l'obiettivo non è la risoluzione ma una corretta gestione della condizione di salute della persona.

Si tratta di una gestione complessa che, per divenire veramente

una presa in carico della situazione globale, non può fermarsi all'aspetto sanitario, ma riguarda inevitabilmente le risorse familiari, il contesto sociale e tutte quelle variabili che concorrono al quadro finale di un anziano con problemi di salute che causano una grave perdita di autonomia.

È in questo contesto che si inserisce il ruolo del medico di medicina generale, fonte importante di informazioni e portatore, all'interno dell'equipe multiprofessionale, di conoscenze sulla persona, sui familiari, sulla storia clinica dell'una e degli altri.

Per tutti questi motivi è necessario che nella valutazione della persona non autosufficiente e nella stesura del Progetto personalizzato, sia assicurato l'apporto conoscitivo, oltre che professionale, del medico di medicina generale.

In particolare, il medico di medicina generale è in prima battuta il segnalatore d'eccellenza di un bisogno.

Attraverso la compilazione della *scheda clinica*, con i dati e le patologie che determinano la condizione di non autosufficienza, che assieme alle altre va a comporre la valutazione multidimensionale, il medico di medicina generale attiva il percorso di presa in carico della persona non autosufficiente.

Una volta ricevuta la scheda clinica dal medico di medicina generale o direttamente dalla persona, il servizio preposto al governo dell'accesso (Punto Insieme o PUA) avvia la fase di valutazione multidimensionale da parte di tutta l'equipe.

Se il cittadino si rivolge allo sportello Punto Insieme con la scheda clinica già compilata dal proprio medico, sarà più rapido l'accesso ai servizi. Ma, nel caso in cui si rivolga direttamente al Punto Insieme, senza il preventivo passaggio dal proprio medico di medicina generale, saranno i servizi a contattare ed informare il medico, relativamente all'avvio della presa in carico, richiedendo al medico stesso la scheda clinica della persona.

Oltre che nella fase valutativa, il ruolo del medico di medicina generale diventa fondamentale nel

a cura del
SETTORE INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
E NON AUTOSUFFICIENZA
DELLA REGIONE TOSCANA

momento della stesura del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) appropriato ai bisogni della persona e al momento della condivisione di questo con l'assistito e/o con i suoi familiari.

Il medico di medicina generale concorda la sua partecipazione alla seduta della UVM nella quale viene definito e sottoscritto il Progetto Assistenziale Personalizzato, al fine di assicurare il massimo di condivisione dello stesso, anche nel corso della

sua attuazione e verifica.

Il ruolo del medico di famiglia è dunque centrale nella gestione di tutto il percorso di presa in carico della persona non autosufficiente, dall'accesso ai servizi, alla valutazione del bisogno, alla definizione di un progetto assistenziale appropriato e alla erogazione dell'assistenza, rimanendo in ogni snodo del percorso un riferimento per l'assistito e i suoi familiari. **TM**

SCHEMA CLINICA

DATI ASSISTITO

Cognome

Nome

Data di nascita

Cod. fiscale

Descrizione	Assente	Presente	Causa di non autosufficienza
TUMORI MALIGNI			
DIABETE MELLITO			
MALNUTRIZIONE			
ANEMIE			
DEMENZA			
DEPRESSIONE			
PARKINSON E ALTRE MALATTIE NEUROLOGICHE			
CECITA' E IPOVISIONE			
PERDITA DELL' UDITO			
IPERTENSIONE ARTERIOSA			
MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE			
ARITMIE CARDIACHE			
INSUFFICIENZA CARDIACA			
ICTUS			
ALTRE MALATTIE CEREBROVASCOLARI			
MALATTIE DELLE ARTERIE PERIFERICHE			
MALATTIE DELLE VENE DEGLI ARTI INFERIORI			
MALATTIE POLMONARI CRONICHE OSTRUTTIVE			
MALATTIE GASTROINTESTINALI			
MALATTIE EPATO-BILIARI			
INSUFFICIENZA RENALE			
ULCERE DA DECUBITO			
FRATTURA DI FEMORE			
MALATTIE OSTEO-ARTICOLARI			
INCONTINENZA FECALE			
INCONTINENZA URINARIA			
ALTRO (specificare):			

Indicare quale tra le patologie presenti è la principale causa di non autosufficienza:

Indicare se la persona è:

In dialisi **In fase di terminalità oncologica** **In fase di terminalità non oncologica**

Luogo e Data _____

Timbro e Firma MMG _____

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Scheda CLINICA

Obiettivo

La scheda clinica, da compilarsi a cura del medico curante, raccoglie i dati anamnesi clinica della persona e ha l'obiettivo di evidenziare le varie patologie che determinano l'attuale stato di non autosufficienza e le altre patologie rilevanti.

Modalità di Compilazione

Per ogni patologia della lista barrare con una **X** la casella "Assente" o "Presente".

Indicare inoltre, barrando l'apposita casella, se la patologia presente è causa o concausa di non autosufficienza.

Nella casella "**Patologia principale causa di non autosufficienza**" riportare la patologia che al momento, a giudizio del medico, è la principale causa organica di non autosufficienza.

Descrizione patologie

Per la definizione delle patologie elencate fare riferimento alla Classificazione ICD9CM:

Descrizione	Codici ICD 9 CM
tumori maligni	Da 140 a 208.9
Diabete	250.*
Malnutrizione	Da 260 a 263.9
Anemie	Da 280.* a 285.9
Demenza	290.*, 331.0, 331.2
Depressione	298.0, 300.4, 311.*
Parkinson e altre m. neurologiche	Da 330 a 337.9
cecità e ipovisione	369.*
perdita dell' udito	389.*
ipertensione arteriosa	401.*, 402.*, 403.*, 404.*, 405.*
malattie ischemiche cuore	V45.81, 410.*, 412.*, 413*, 414*.
aritmie cardiache	V45.0, 427.*, 785.0
insufficienza cardiaca	428.*, 402.91
Ictus	430.*, 431.*, 434.*, 436.*
altre malattie cerebrovascolari	432.*, 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 435.*, 437.1, 437.2, 437.3, 437.9, 438.*
malattie delle arterie periferiche	440.*, 443.1, 441.0, 441.1, 441.2, 441.3, 441.4, 441.5, 447.1, 447.9
malattie vene degli arti inferiori	451.*, 452.*, 453.*, 454.*, 455.*, 456.*, 459.*
malattie polmonari croniche ostruttive	491.*, 492*, 493.*, 496.*
malattie gastrointestinali	530.1, 530.2, 530.5, 530.8*, da (531 a 537), 555.*, 556.*, 562.*
malattie epato-biliari	570.*, 571.*, 572.*, 573.*, 574.*, 456.0*, 456.21, 789.1*, 782.4*, 789.5*
insufficienza renale	V42.0, 583.81, 585.*, 586.*
ulcere da decubito	707.0
frattura di femore	820.*, 821.*
malattie osteo-articolari	696.0, 714.0, 714.1, 714.3*, 715.*, 720.0, 725.*
incontinenza fecale	787.6
incontinenza urinaria	788.3*



La rete toscana dei PuntoInsieme

● PuntoInsieme per zona



Malattie Rare: l'impegno della Regione Toscana

La "Lista" è vita. Dal giorno in cui la Giunta Regionale con la delibera n. 90 del 9 febbraio ha inserito quasi novanta nuove malattie tra quelle riconosciute come "rare", decine di cittadini, ancor prima di potere consultare i contenuti dell'atto sul BURT, hanno richiesto ai nostri uffici la lista per sapere se la malattia da cui loro stessi, un familiare o un conoscente è affetto, fosse tra queste.

Credo che basti questa piccola constatazione per darci la certezza che si è trattata di una scelta giusta ed equa fatta rompendo gli indugi che da molti mesi, troppi, impedivano a questi cittadini di avere riconosciuto un diritto esigibile.

Scelta di equità, perché nell'inserire queste malattie tra i LEA regionali, si riconoscono a cittadini con patologie spesso gravi ed invalidanti l'esenzione per le prestazioni sanitarie necessarie per la diagnosi e il monitoraggio della malattia, il diritto ad inserirla in un chiaro percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, ad essere meno soli e sentirsi parte di una comunità solidale. Si esplicitano, anche in questo modo, i contenuti del nostro Piano Sanitario che accetta la sfida culturale e operativa di dare di più a chi per problemi sociali, per etnia, o per stato di salute, ha maggiore bisogno di attenzione ed assistenza.

Tra gli obiettivi del vigente piano figura il potenziamento della rete dei presidi per le malattie rare con lo scopo di assicurare ai cittadini percorsi clinico diagnostici appropriati e condivisi.

Nel 2001 il DM n. 279 aveva istituito la Rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle regioni. Lo stesso decreto aveva regolamentato l'esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie con riferimento ad un elenco di circa 330 malattie/condizioni patologiche rare.

Nel 2004 la Giunta regionale aveva approvato una prima rete regionale di presidi per la diagnosi e l'assistenza ai soggetti affetti dalle malattie rare di cui al decreto ministeriale ed aveva provveduto ad individuare le strutture di coordinamento della rete con riferimento ai gruppi di patologie sulla base dei pareri espressi dal Consiglio Sanitario

Regionale e sentito il Forum delle Associazioni Toscane delle malattie rare.

La recente delibera risponde a due esigenze prioritarie: l'ampliamento dei livelli regionali di assistenza e l'aggiornamento della rete dei presidi.

L'ampliamento dei livelli regionali di assistenza si è reso necessario per colmare un ritardo nell'integrazione da parte nazionale dell'elenco delle patologie rare per le quali è riconosciuta l'esenzione dalla quota di partecipazione al costo.

Nel 2004 presso il tavolo tecnico interregionale, istituito presso la Commissione Salute, era stato costituito un gruppo di esperti che, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, aveva prodotto un elenco di patologie finalizzato all'aggiornamento di quello inserito nel DM 279/2001, elenco che, purtroppo, non è stato ancora approvato con atti normativi nazionali.

La Regione Toscana ha voluto pertanto colmare tale lacuna ampliando il livello regionale di assistenza integrando l'elenco delle malattie rare già previste nel DM 279/2001, sulla base dell'elenco prodotto dal tavolo tecnico e riportato nell'allegato della nuova delibera. Ai residenti toscani sarà pertanto garantito l'accesso in regime di esenzione dalla partecipazione al costo alle prestazioni sanitarie, incluse nei livelli essenziali di assistenza, efficaci ed appropriate per l'accertamento, il trattamento ed il monitoraggio di circa 90 nuove malattie rare, nonché per le eventuali indagini genetiche sui familiari dell'assistito.

Anche l'aggiornamento della rete dei presidi era quanto mai opportuno per consentire di ridefinire i percorsi diagnostici e assistenziali rispondendo all'esigenza di migliore "fruibilità", trasparenza e implementazione dei dati del Registro toscano.

Il modello assistenziale toscano dedicato ai soggetti affetti da malattie rare si fonda sulla tracciabilità dei percorsi diagnostico-terapeutici, la rete dei presidi individuati, lo sviluppo della ricerca ed il registro delle malattie rare.

Con la nuova delibera si sottolinea difatti la necessità di:

a) procedere alla individuazione della rete dei presidi e delle strutture di coordinamento per ognuna delle nuove patologie assicurate in esenzione;

ANDREA LETO, CECILIA BERNI
Settore Medicina Preventiva e Predittiva - Regione Toscana

b) procedere all'aggiornamento della rete dei presidi e delle strutture di coordinamento con riferimento alle patologie già esenti dal 2001.

Il riassetto della rete dei presidi per le malattie rare attraverserà 2 fasi:

- una prima fase già in essere si basa sull'esame dei dati del registro toscano e si concluderà con la definizione dei presidi e delle strutture di coordinamento aggiornati sulla base dei ruoli svolti all'interno dei percorsi diagnostico-assistenziali. Le strutture di coordinamento rappresentano il riferimento per l'organizzazione dei percorsi di rete attraverso i presidi regionali coinvolti a vario titolo nella diagnosi/assistenza per quella particolare patologia;

- una seconda fase che prenderà l'avvio con le conferenze dei presidi in cui i coordinatori si confronteranno con i presidi di rete e le associazioni dei pazienti per un riassetto che terrà conto delle potenzialità dei singoli presidi e delle esigenze dei pazienti anche in termini di divulgazione dei percorsi e delle indicazioni dei riferimenti utili per l'accesso ai percorsi stessi.

Nel Coordinamento regionale delle malattie rare che riunisce, oltre alle strutture di coordinamento individuate dal Consiglio Sanitario Regionale, anche il Forum delle Associazioni toscane delle Malattie rare e il Registro Toscano, si è provveduto a tracciare una prima definizione dei ruoli dei presidi della rete ai fini della divulgazione degli stessi in modo da essere di immediato riferimento per i pazienti, i professionisti e le aziende sani-

tarie. Il sito del Registro Toscano Malattie Rare permetterà di interfacciarsi con la rete regionale.

La nuova rete regionale diventa così la base per una opportuna programmazione degli approcci multidisciplinari e per una reale integrazione con i servizi territoriali e la medicina di base.

La nuova rete delle patologie rare consentirà quindi di fare sistema perché attraverso la lettura epidemiologica dei dati del Registro ed il regolare confronto con i presidi della rete e le associazioni dei pazienti, consentirà la condivisione dei protocolli operativi a garanzia dell'equità e dell'appropriatezza dell'offerta clinico diagnostica.

Nella Giornata delle malattie rare 2009 "Rare Disease Day" promossa a livello internazionale da EURORDIS (European Organization for rare Diseases) sono state numerose le manifestazioni organizzate a livello locale, regionale e nazionale.

La Regione Toscana in collaborazione con il Forum delle Associazioni ha celebrato questo evento con un incontro a Cortona dedicato alla nuova rete regionale ed alle prospettive terapeutiche per le malattie rare. L'incontro è stato realizzato grazie al contributo organizzativo della ASL 8 di Arezzo e al supporto della locale associazione Amici di Francesca che gestisce il call center del Forum.

La numerosa e sentita partecipazione da parte dei professionisti e dei pazienti ha arricchito ulteriormente questa importante fase di potenziamento dell'assistenza per le malattie rare ed ha simbolicamente avviato la nuova stagione dedicata alla condivisione dei percorsi. **TM**

Iniziative della Regione Toscana per terapie farmacologiche a sostegno dei cittadini Toscani

L'obiettivo della regione Toscana è quello di garantire ai cittadini le necessarie terapie in modo appropriato, sfruttando al meglio le risorse disponibili e facilitando i percorsi assistenziali. Ciò porta ad una considerazione complessiva delle informazioni disponibili sull'utilizzo del farmaco e sull'efficacia dei trattamenti in base alle evidenze scientifiche, della necessità di rispettare le normative vigenti in

modo da garantire al paziente una disponibilità maggiore di cura.

Richieste di rimborsi per trattamenti sanitari ai sensi della Delibera della Giunta Regionale Toscana 493/01 e successive integrazioni

A cura del

SETTORE FARMACEUTICA - REGIONE TOSCANA

Presupposti:

- soggetti affetti da particolari patologie la cui gravità e specificità limitano fortemente l'autono-

mia del paziente e le sue aspettative e determinano situazioni in cui il ripristino dello stato di salute o il mantenimento della speranza di vita sono talmente esigui che legittimano sul piano umano e morale il ricorso a tentativi di cura innovativi, non erogati dal SSN.

• Il trattamento terapeutico deve comunque essere supportato da una letteratura scientifica in materia.

Inoltre possono essere valutate, dalla apposita commissione, richieste riguardanti l'accesso al rimborso per tipologie di trattamenti terapeutici o riabilitativi esclusi dai LEA della Regione Toscana, purché siano presenti i requisiti previsti dalla delibera di cui trattasi, quindi relative principalmente a:

- uso di farmaci esteri;
- uso di farmaci orfani;
- uso di farmaci off label;
- alimenti (compresi i sostitutivi del latte) ed integratori.

Delibere Regionali per farmaci off-label a carico del SSR

la Regione Toscana, con specifici atti deliberativi, ha ritenuto opportuno fornire direttive alle aziende sanitarie toscane sull'impiego con onere a carico del SSR dei farmaci fuori dalle indicazioni previste dal provvedimento di autorizzazione alla immissione in commercio e dagli speciali elenchi della L. 648/1996.

Pertanto si ritiene opportuno rendere note le indicazioni per la concreta attuazione di quanto previsto dai provvedimenti regionali menzionati e di seguito elencati:

1. **Con Delibera GRT n. 394 del 26 maggio 2008** è stata approvata la lista dei medicinali oncologici off-label utilizzati nel trattamento di tumori solidi ed ematologici nell'adulto (Allegato A);

2. **Con Delibera GRT n. 622 del 4 agosto 2008** è stata approvata la lista dei farmaci oncologici off-label per uso pediatrico (Allegato A) e dei farmaci non antitumorali di supporto alla chemioterapia pediatrica (Allegato B);

3. **Con Delibera GRT n. 836 del 20 ottobre 2008** è stata approvata la lista dei medicinali utilizzabili nel trattamento di malattie reumatologiche (Allegato A) per indicazioni diverse da quelle previste dal provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio e non comprese nell'elenco allegato alla legge 648/96.

4. **Con Delibera GRT n. 918 del 10 novembre 2008** è stata approvata la lista dei medicinali utilizzabili nel trattamento correlato al trapianto d'organo per indicazioni diverse da quelle previste dal provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio e non comprese nell'elenco allegato alla legge 648/96 (Allegato A).

I medicinali inclusi negli allegati alle delibere suddette sono, pertanto, erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Regionale esclusivamente nel rispetto delle estensioni di indicazioni riportate nell'elenco medesimo. **TM**

Il Registro Toscano delle Malattie Rare

In meno di 10 anni l'attenzione per le malattie rare (MR) ha registrato una crescita così rapida da costituire un intervento prioritario tra le iniziative di sanità pubblica.

Fin dal 2001 il progetto regionale sulle MR si è sviluppato in Toscana con la costante e significativa collaborazione delle Associazioni dei malati, raccolte in un Forum. Si è costituita una rete regionale di Presidi dedicati alla diagnosi e cura di queste patologie e delle strutture di coordinamento.

Al fine di garantire la qualità dei servizi prestatati e l'informazione sui servizi erogati la Regione

Toscana ha rinnovato il suo impegno sulle MR nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010.

Per il raggiungimento degli obiettivi prefissati sono stati adottati i seguenti interventi: a) istituzione del Registro Toscano Malattie Rare (RTMR) (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale") b) revisione della rete regionale dei Presidi dedicati alla presa in carico (diagnosi/cura/certificazione) dei pazienti con MR e delle strutture di coordinamento, sulla base dei dati inseriti nel RTMR alla data del 31 marzo 2008, in collaborazione con il gruppo di Coordinamento regionale; c)

FABRIZIO BIANCHI, ANNA PIERINI,
FEDERICA PIERONI

U.O. Epidemiologia, Fondazione CNR-Regione Toscana
"Gabriele Monasterio"

collaborazione con le Associazioni dei pazienti; d) affidamento della gestione del RTMR alla Fondazione CNR/Regione Toscana “Gabriele Monasterio” per la ricerca medica e di sanità pubblica.

Il RTMR è lo strumento che consente di effettuare la sorveglianza epidemiologica e fornisce i dati indispensabili ai fini della programmazione sanitaria.

Il registro, attivo dal 2005 ed entrato a regime nel luglio 2006, è coordinato dalla Regione Toscana e da un gruppo di medici professionisti, ed è gestito dalla Fondazione CNR-Regione Toscana “Gabriele Monasterio” di Pisa.

Il registro viene alimentato dai medici che operano nei Presidi ospedalieri della Rete presso i quali vengono erogate prestazioni sanitarie diagnostico-terapeutiche per pazienti affetti da MR, tramite accesso web riservato a ciascun utente autorizzato.

Potrà essere consentito l’inserimento dei dati anche a tutti i professionisti che non hanno ancora inserito le schede di pazienti con MR e che ne faranno richiesta al Registro. Come previsto dalla procedura, la richiesta dovrà essere inoltrata anche ai Coordinatori regionali dei gruppi di patologie di riferimento e al Direttore Sanitario dell’Azienda di appartenenza dell’utente.

Al sito riservato si affianca il sito pubblico (www.rtmr.it) che fornisce in consultazione tutte le informazioni estrapolabili dai dati inseriti nel registro (casi inseriti visualizzabili tramite tabulati e grafici ottenuti dinamicamente in base a filtri impostati dagli utenti; Presidi di riferimento per MR; percorsi diagnostico-terapeutici per Area Vasta del Presidio; Coordinatori di riferimento; ecc.), così come informazioni su normativa, delibere, giornate formative, eventi, link ai siti delle Associazioni di pazienti e documentazione scientifica.

Ogni anno i dati convalidati sono inviati al Registro Nazionale Malattie Rare presso l’Istituto Superiore di Sanità, dove oggi rappresentano la componente numericamente più rilevante con 9.331 casi inseriti.

Risultati

Alla data del 25 febbraio 2009 risultano registrati 14.156 pazienti con diagnosi certa di MR, posta al momento della prima diagnosi o durante il follow-up, da parte di 114 medici specialisti. Il 30% dei casi registrati è residente fuori regione, dato che evidenzia una notevole capacità di attrazione da parte dei Presidi toscani.

I gruppi di MR più frequenti sono il gruppo “sistema nervoso e organi di senso” con 4.226 malati, pari al 30,5%, seguito, in ordine decrescente di frequenza, dai gruppi “malformazioni congenite” (22,0%), “malattie endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari” (18,5%), “malattie del sangue e degli organi ematopoietici” (8,8%) e così via, fino alle condizioni più rare e rarissime, ma non per questo meno importanti.

I principali quattro grandi Presidi dislocati a Firenze, Pisa e Siena garantiscono il percorso diagnostico-terapeutico per la maggior parte delle malattie, gli altri Presidi, pure intercettando un numero più limitato di malattie, contribuiscono in modo significativo al completamento della Rete.

Complessivamente nel periodo luglio 2006 - febbraio 2009 sono state segnalate 273 diverse MR; tra le 50 condizioni più frequenti, 12 sono risultate omogeneamente distribuite tra le tre aree vaste della Toscana e per queste vengono fornite stime di prevalenza regionale sul totale della popolazione residente all’1 gennaio 2007 (tabella).

La rilevante dimensione del fenomeno MR e il forte impatto sul sistema sanitario richiedono il rafforzamento della collaborazione con le Associazioni dei pazienti, il completamento della rete regionale dei Presidi dedicati alla diagnosi/cura e delle strutture di Coordinamento, oltre ad una maggiore diffusione di conoscenze ai medici e ai cittadini. Si conferma il ruolo del Registro quale strumento fondamentale per la valutazione dell’efficacia delle prestazioni e dell’efficienza dei servizi, e per la definizione dei percorsi diagnostico-assistenziali per i pazienti. **TM**

	Casi totali segnalati	% provenienza extra RT	Casi vivi residenti	Prevalenza su 100.000 (*)
Sclerosi laterale amiotrofica	559	11,1	289	7,9
Distrofie muscolari	391	17,9	281	7,7
Retinoblastoma	293	75,1	37	1,0
Sindrome di Rett	277	82,7	35	1,0
Neuropatie ereditarie	260	21,9	177	4,9
Malattie mitocondriali	196	29,6	102	2,8
Sclerosi tuberosa	163	54,0	60	1,6
Connettivite mista	88	14,8	44	1,2
Organico acidurie	53	34,0	28	0,8
Tumore di Wilms	27	7,4	15	0,4
Fascite eosinofila	24	8,3	20	0,5
Fibrosi retroperitoneale	19	0,0	14	0,4

(*) calcolata sulla popolazione di 3.638.211 residenti in Toscana all’01/01/2007.

Manfredo Fanfani

LA TAVOLA DELL'ULTIMA CENA

Dal linguaggio figurativo al valore mediatico dell'immagine

seconda parte

(prima parte nel numero precedente)

L'iconoclastica forchetta compare per la prima volta sulla tavola dell'Ultima Cena del Veronese, ma l'Artista, sollecitato dal tribunale dell'Inquisizione, è costretto a cambiare il titolo "Ultima cena" in "Cena in casa di Levi".



Paolo Veronese (1528-1588), *Convito in casa di Levi*, Venezia, Galleria dell'Accademia.

Il Veronese rappresenta un convivio ispirandosi ai costumi della Venezia del Cinquecento.

Gli ospiti hanno di fronte piatti singoli di metallo, alcuni ostentano la forchetta. Si sarebbe trattato della prima volta in cui compare, nella rappresentazione di un episodio evangelico, la forchetta che, proprio a Venezia, ha avuto i natali.

Il Veronese aveva inteso rappresentare, a suo modo, l'Ultima Cena, titolo originario dell'opera.

Ciò suscitò molto scandalo, portando il Veronese davanti al tribunale dell'Inquisizione per rispondere delle licenze che si era preso nel rappresentare una folla festante che non si conciliava con l'austerità dell'Ultima Cena. Veronese si difese affermando che i pittori si prendono, talora, le stesse libertà concesse ai poeti e ai matti. Inoltre la parete da dipingere era talmente grande che dovette per forza arricchirla inventando figure diverse.

Il pittore, condannato a correggere l'opera, non fece nessuna modifica. Dovendo tuttavia dare una soddisfazione all'inquisitore decise di cambiare il titolo "Ultima Cena" in "Cena in casa di Levi",

che si riferiva ad un altro episodio evangelico.

L'Inquisitore, un eremita di buon cuore, lasciò correre...

Per fortuna del Veronese il collegio inquisitorio non si era accorto di un particolare più scomodo dei tanti e improvvisati personaggi: la presenza, per la prima volta sulla tavola della forchetta, messa all'indice e condannata come "*instrumentum diaboli*".

Contro il suo uso aveva tuonato, in nome della semplicità dei costumi, anche san Pier Damiani.

Riaprire il processo al Veronese per la presenza di quella forchetta diabolica in quel convivio?

Il Veronese, ben accorto nel cambiare il titolo dell'opera, avrebbe risposto di aver voluto interpretare il banchetto in casa di Levi secondo il passo evangelico che indica la presenza di "un gran numero di pubblicani e di altra gente la quale era a tavola con essi", citando la frase rivolta da Gesù ai Farisei che mormoravano contro i peccatori presenti a quella tavola:

"Non han bisogno del medico i sani, ma i malati";

"Io non sono venuto a chiamare i giusti ma i peccatori a penitenza" (Le V, 29-31-32).

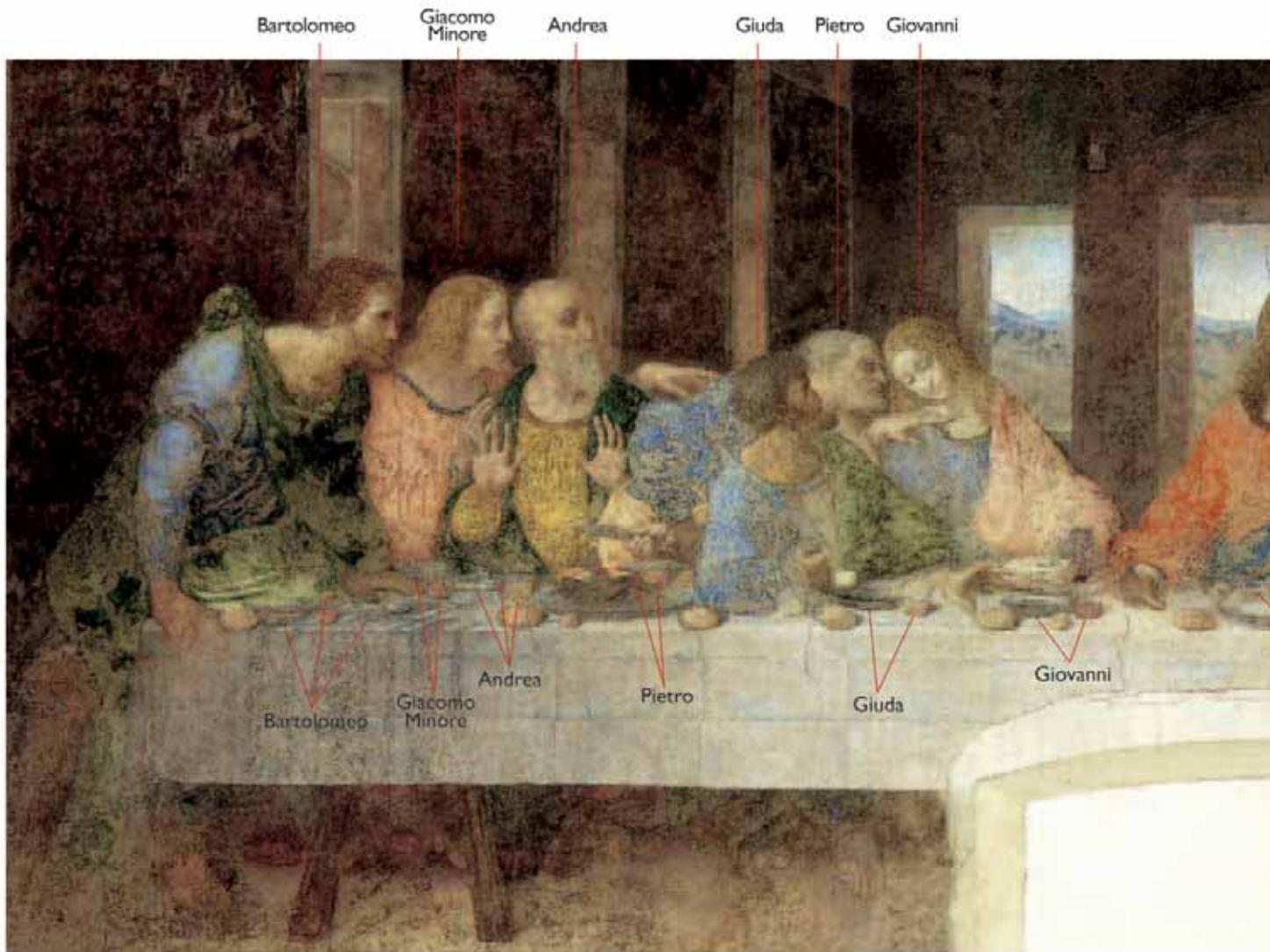
Il Veronese, e la forchetta, sarebbero stati sicuramente assolti!

Nei particolari è bene evidente l'uso della forchetta.

Un ospite, seminascosto fra due colonne, mostra con studiata ostentazione la tipica forchetta a due rebbi in stile veneziano.

Nel particolare a destra un commensale si aiuta con la forchetta per tagliare la carne.





Leonardo apparecchia la tavola dell'Ultima Cena con piatti e bicchieri individuali, ogni apostolo ha il suo "posto a tavola". Pochi i coltelli, assente la forchetta, immane le saliere.

(Sono indicati per ogni apostolo i piatti e il bicchiere personali)

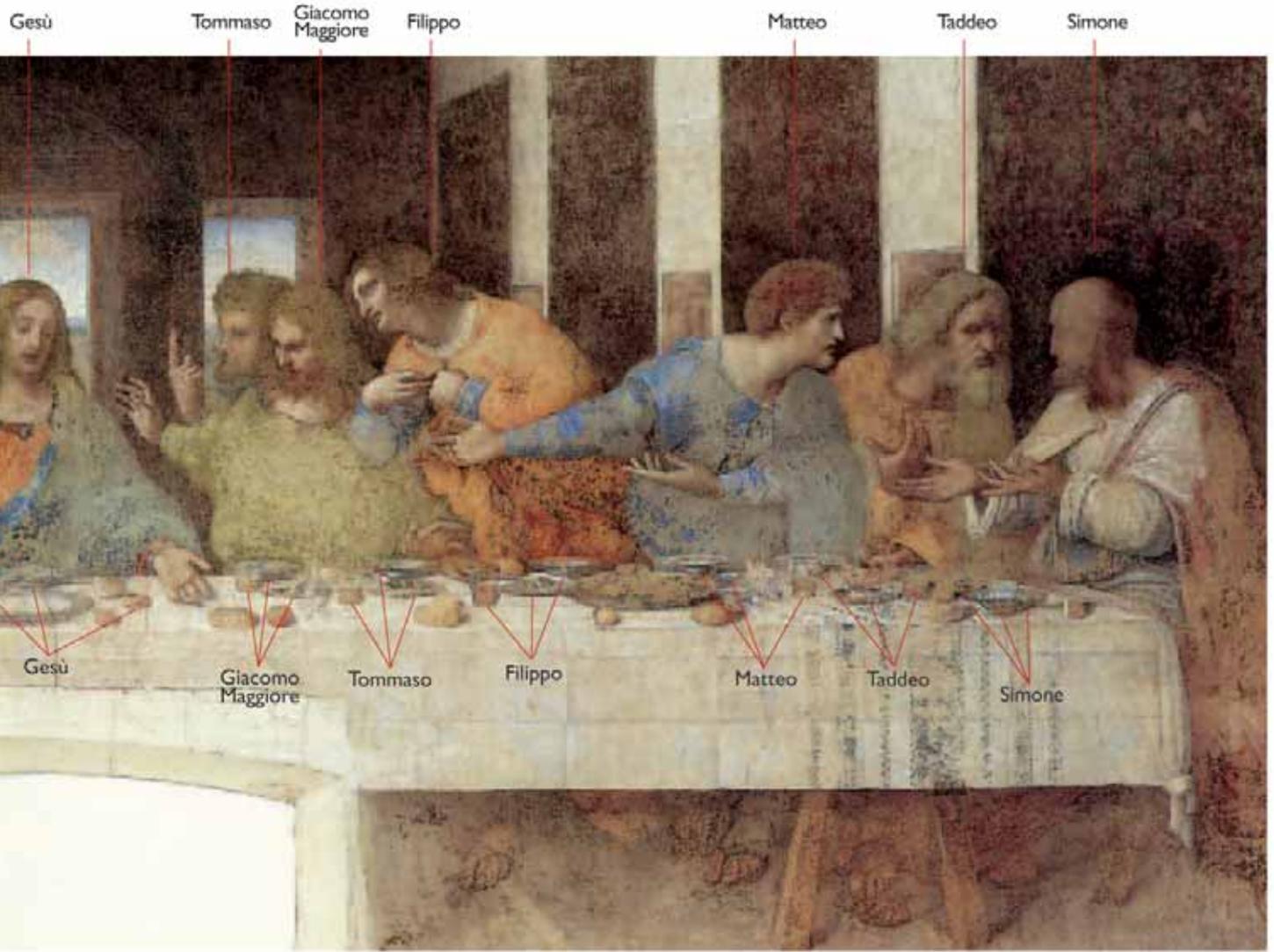
**Leonardo da Vinci,
l'Ultima Cena (1452 - 1519)
Milano, Refettorio
S. Maria delle Grazie**

In Leonardo, attento osservatore dei costumi della Milano fine '400, si assiste alla "personalizzazione" delle stoviglie: di fronte ad ogni commensale è presente un piatto fondo e un piatto piano di peltro, oltre a un bicchiere riempito a metà di vino rosso. Sul piatto piano, disposto a lato del piatto fondo, figurano pezzetti di pesce, spicchi di arancia o limone e avanzi di cibo; evidentemente gli avanzi non venivano più gettati per terra come si usava in precedenza. Al centro del tavolo i vassoi di portata, vuoto quello di

fronte a Gesù, con del pesce quelli di fronte ai posti a tavola di Matteo e Pietro. L'insieme rispecchia quel "senso dell'ordine" e quella "cura dei particolari" attribuiti a Leonardo. Dai vassoi comuni si prendeva il cibo con le mani. Si ritiene che i piatti fondi siano dei "lavadita" contenenti acqua; nella Milano fine '400 si mangiava ancora con le mani ed era necessario lavarsi spesso le dita! Sono presenti quattro raffinate saliere, le tipiche pagnotte seure di pane integrale, quattro bottiglie di vetro con acqua, arance e limoni come ornamento. Anche su questa tavola evoluta non compare la forchetta. Assente anche il tovagliolo la cui comparsa rappresenta un evento tardivo, per tradizione

le mani si pulivano alla tovaglia. Manca il cucchiaino, destinato alle zuppe dei pochi pranzi di tutti i giorni. L'Ultima Cena era il convivio della festa pasquale, a base di pesce e carne. Ciò convalida l'ipotesi che il piatto fondo non sia una scodella destinata alle zuppe ma un lavadita. Unica posata rimane il coltello, da usare in comune; pochi ne compaiono sulla tavola. Pietro tiene in pugno un coltello alle spalle di Giuda che, con un movimento maldestro, rovescia la saliera. Si tratta di un'Ultima Cena senza "intinger di pane". Leonardo ha infatti omesso il gesto rivelatore di Gesù che porge il boccone intinto a Giuda. L'artista non ci mostra neppure, come fa l'iconografia tradizionale con episodi

premonitori che anticipano il destino finale della vicenda, un Giuda già condannato che siede su uno sgabello di qua dal tavolo, o intento a intingere la mano nel piatto comune. Sottolinea tuttavia l'evento premonitore della saliera rovesciata da Giuda, indicando colui che infrangerà il patto di fedeltà e di amicizia che il sale simboleggia. Forse proprio nel momento in cui sta pronunciando le parole: "Rabbi, sono forse io?". (MT XXVI, 25). Le saliere, d'obbligo sulla tavola medievale e rinascimentale, venivano poste per prime e tolte per ultime. Contenevano il sale, simbolo dell'alleanza e dell'ospitalità. Condividere il pane e il sale di qualcuno significava essere ammesso alla sua tavola e



Andrea

Giuda Pietro Giovanni



diventare suo amico: si concretizzava, appunto, una "alleanza di sale". È per questo trascinarsi culturale che ancor oggi si ritiene sconveniente l'assenza della saliera sulla tavola e di cattivo presagio, non in senso generico ma per il vincolo di amicizia e fedeltà che simboleggia, il gesto di rovesciare il sale!

Le saliere che ci propone l'iconografia artistica poggiano in genere su solide basi che consentivano di strisciarle sul tavolo per passarle fra commensali, senza rischiare di rovesciare il sale dell'amicizia come succede purtroppo con le traballanti saliere oggi in uso sulle nostre tavole!

Marco d'Oggiono (1475 ca - 1530 ca), Ultima Cena (particolare).

Nel particolare della fedele copia del Cenacolo di Marco d'Oggiono si distinguono bene la saliera rovesciata da Giuda e, alle sue spalle, il coltello impugnato da Pietro.

L'importanza dei particolari

Pietro

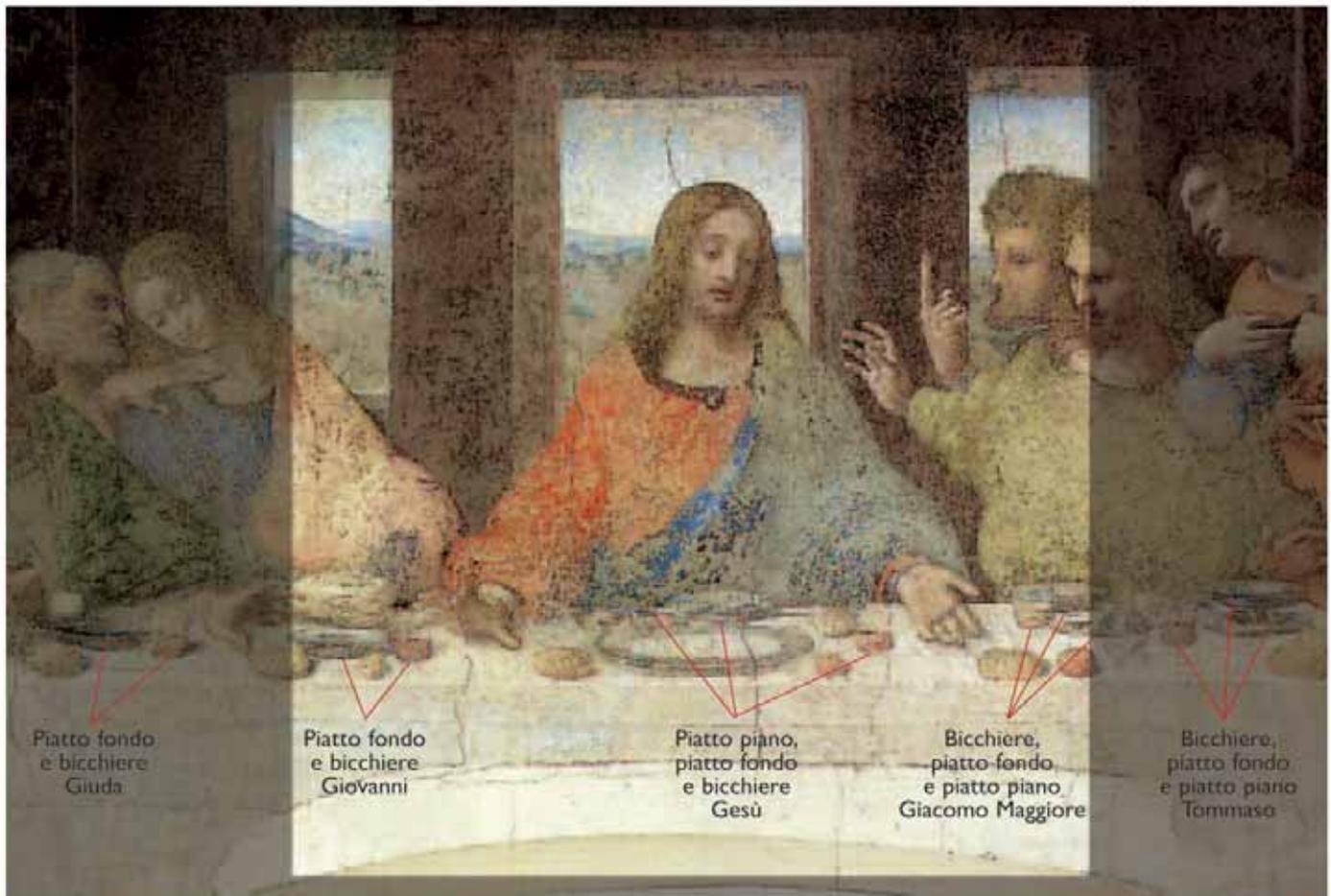
Giovanni

Gesù

Tommaso

Giacomo
Maggiore

Filippo



Leonardo da Vinci, l'Ultima Cena (particolare).

Secondo una interpretazione corrente Gesù è intento ad indicare il pane con la mano sinistra, mentre con la destra sta per prendere il vino. Secondo la disposizione dei posti a tavola il bicchiere alla destra di Gesù appartiene al vicino apostolo Giovanni, che ha spinto in avanti piatti e bicchiere per appoggiare le mani sul tavolo. Sarebbe plausibile che, secondo la concezione pittorica di Leonardo, con la mano destra Gesù compia il gesto di prendere il pane, gesto fra l'altro identico a quello della vicina mano di Giuda che si muove con gesto di presa verso il pane, rivelandosi come il traditore: "Ma ecco, la mano che tradisce è con me, sulla tavola" (Lc XXII, 21). Con la mano sinistra indicherebbe, viceversa, il bicchiere con il vino relativo al suo posto a tavola, che prenderà successivamente; lo sguardo di Gesù è rivolto verso quel bicchiere.

Continua nel prossimo numero...

I tumori cistici del pancreas

I tumori cistici del pancreas (TCP) rappresentano il 5-10% di tutti i tumori del pancreas esocrino.

Costituiscono un capitolo eterogeneo di neoplasie, alcune delle quali solo di recente definizione, caratterizzate da alcune peculiarità quali l'aspetto macro o microcistico, evolutività molto variabile da forme benigne a forme borderline o francamente maligne.

Negli ultimi venti anni, grazie agli importanti progressi ottenuti sia in campo anatomo-patologico, sia radiologico che chirurgico ed anestesiologicalo, si è andata delineando la corretta gestione dei tumori cistici del pancreas.

Il primo tentativo di classificazione risale al 1978 ad opera di Compagno ed Oertel⁽¹⁾ che li distinguevano in *Tumore cistico sieroso* e *Tumore cistico mucinoso*. La classificazione in uso oggi è riportata in Tabella 1.

TUMORE CISTICO SIEROSO

Il tumore cistico sieroso (TCS) è il tumore pancreatico benigno più frequente e rappresenta l'1-2% di tutti i tumori del pancreas esocrino (Figura 1). Colpisce prevalentemente il sesso femmi-

nile (70% dei casi), con un'età media di insorgenza di 60 anni.

Per lo più unico, di notevoli dimensioni, insorge prevalentemente nella testa del pancreas. Generalmente si tratta di forme benigne, anche se sono riportati rarissimi casi di cistoadenocarcinoma sieroso.

Un terzo dei cistoadenomi sierosi è asintomatico e viene diagnosticato accidentalmente in corso di indagini radiologiche eseguite per altri motivi.

Il sintomo più frequente è il dolore addominale talvolta accompagnato a nausea, vomito e calo ponderale. Spesso si manifesta come massa palpabile. L'ittero, anche nelle localizzazioni cefaliche è un'evenienza abbastanza rara.

TUMORE CISTICO MUCINOSO

I tumori cistici mucinosi rappresentano il 2-5% di tutti i tumori esocrini del pancreas ed il più frequente dei tumori cistici del pancreas (Figura 2).

I tumori cistici mucinosi (TCM) possono essere distinti in tre forme: il cistadenoma mucinoso, il tumore cistico mucinoso borderline ed il cistoadenocarcinoma mucinoso a sua volta distinto in forme non invasive e forme invasive.

MARCO FARSI, EGIDIO MIRANDA,
BERNARDO BOFFI, LAPO BENCINI,
ROBERTO MANETTI, RENATO MORETTI

SOD Chirurgia Generale Oncologica
(Direttore dr. Moretti Renato)
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi - Firenze

Tabella 1 - Classificazione dei tumori esocrini del pancreas (WHO 1996)

Tumori epiteliali	
<p>Benigni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cistoadenoma sieroso - Cistoadenoma mucinoso - Adenoma papillare intraduttale mucinoso - Teratoma maturo <p>Borderline</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumore cistico mucinoso con displasia moderata - Tumore papillare intraduttale mucinoso con displasia moderata - Tumore solido pseudopapillare 	<p>Maligni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carcinoma in situ <ul style="list-style-type: none"> Adenocarcinoma duttale Carcinoma mucinoso non cistico Carcinoma a cellule signet-ring Carcinoma adenosquamoso Carcinoma anaplastico Carcinoma misto dutto-endocrino - Cistoadenocarcinoma sieroso - Cistoadenocarcinoma mucinoso <ul style="list-style-type: none"> Non invasivo Invasivo - Carcinoma papillare intraduttale <ul style="list-style-type: none"> Mucinoso Non invasivo Invasivo - Cistoadenocarcinoma a cellule acinari - Carcinoma misto acinare-endocrino - Pancreatoblastoma - Carcinoma solido pseudopapillare

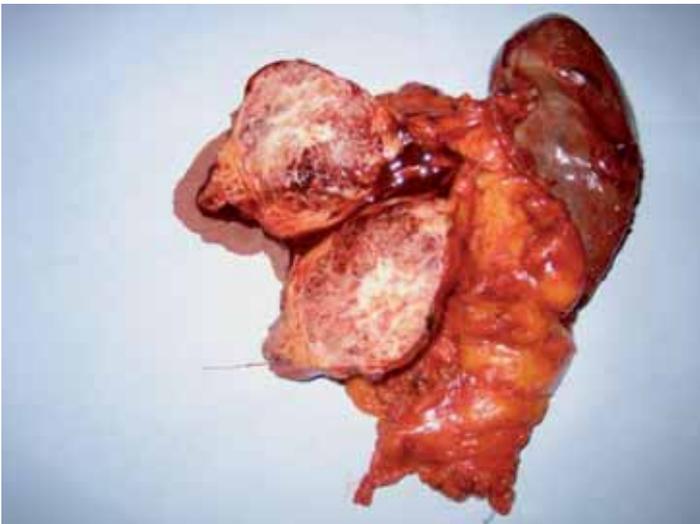


Figura 1 - Cistoadenoma sieroso microcistico del corpo pancreatico (Splenoipancreasectomia distale).

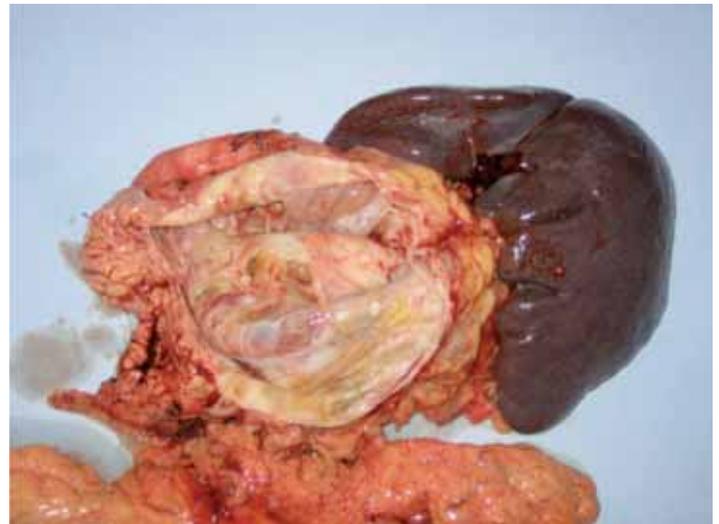


Figura 2 - Cistoadenoma mucinoso del corpo-coda pancreatico.

Il cistoadenoma mucinoso insorge prevalentemente nel sesso femminile (80-90% dei casi) con un'età media di insorgenza di 49 anni.

Il cistoadenocarcinoma mucinoso colpisce soggetti più anziani, intorno ai 60 anni e questo rilievo rende plausibile l'ipotesi di una sequenza adenoma-carcinoma.

La diagnosi di tumori cistici mucinosi (TCM) nell'uomo è un problema che è stato risolto solo recentemente con l'introduzione del concetto di "ovarian stroma", definito come uno strato di spessore variabile posto al di sotto dell'epitelio, composto da cellule stromali con nuclei ovali e citoplasma filato organizzate in lunghi fasci simili allo stroma ovario (Figura 3). Queste caratteristiche sono indispensabili per la diagnosi di TCM e per la diagnosi differenziale con le neoplasie papillari intraduttali secernenti mucina. È, quindi, probabile che i casi di TCM nell'uomo descritti in letteratura siano il frutto di errate diagnosi.

Il cistoadenoma mucinoso (CAM) è di solito unico, talvolta multiplo, di dimensioni medie fra 6 e 10 cm, insorge in ogni parte del pancreas ma si localizza nell'80% dei casi nel corpo coda e nel restante 20% nella testa.

Il cistoadenocarcinoma (CCM), invece, ha una predilezione per la testa del pancreas (41,4%). Nel 2,9% coinvolge tutta la ghiandola.

Il CAM, pur essendo dal punto di vista istologico una lesione benigna, deve essere considerato, per la sua capacità di progressione in forme morfologiche diverse quali il tumore cistico mucinoso borderline, il cistoadenocarcinoma non invasivo o in situ ed il cistoadenocarcinoma invasivo una neoplasia potenzialmente maligna e come tale trattata.

Sono clinicamente asintomatici nel 20-25% dei casi. I sintomi sono correlati alle dimensioni della neoplasia e solitamente si presentano con dolore addominale, di lieve entità, in epigastrio ed ipo-

condrio destro a volte irradiato posteriormente con massa palpabile. Altri sintomi che possono presentarsi in percentuali diverse sono il calo ponderale, il diabete e l'ittero.

I cistoadenocarcinomi sono, invece, solitamente sintomatici e si presentano con dolore intenso irradiato posteriormente. Il calo ponderale è spesso presente ed è marcato; una massa addominale palpabile può essere rilevata nel 22-66% dei casi; l'ittero nel 20-25% dei casi.

NEOPLASIA PAPILLARE INTRADUTTALE MUCOSECERNENTE

Si tratta di una neoplasia piuttosto rara rappresentando l'1% delle neoplasie del pancreas esocrino e l'11,5% di tutti i tumori cistici del pancreas. Colpisce prevalentemente il sesso maschile (64,4%), con un'età media di insorgenza di 65 anni. Si localizza prevalentemente nella testa del pancreas (60-80%); dall'8 al 10% dei casi può essere diffuso a tutta la ghiandola.

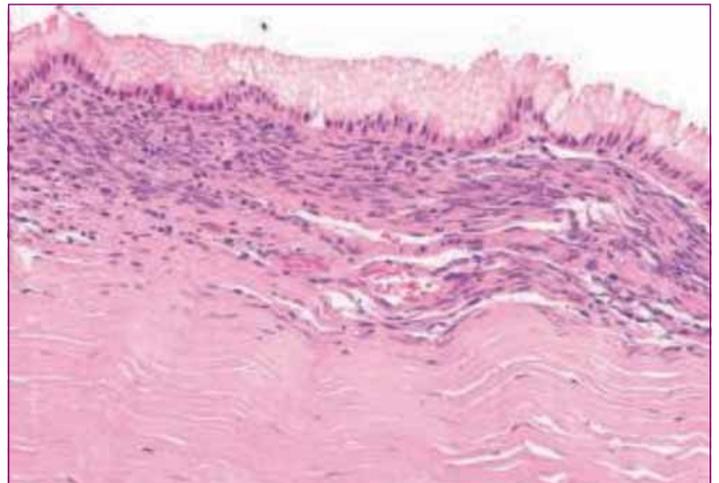


Figura 3 - Cistoadenoma mucinoso: Esame istologico ben visibile il caratteristico "Ovarian stroma".

Nella maggior parte dei casi interessa una parte del dotto pancreatico principale e/o i dotti di 2° ordine, specie del processo uncinato. In base alla sede il tumore papillare secernente mucina (IPMN) viene classificato in tre tipi: del dotto principale, del dotto di secondo ordine (branch duct) e misto (del dotto principale e dei dotti secondari).

Analogamente a quanto osservato nei TCM anche per le neoplasie papillari intraduttali secernenti mucina si possono distinguere forme con diverso grado di malignità: 1) adenoma, 2) tumore borderline, 3) carcinoma intraduttale, 4) carcinoma invasivo.

A differenza degli altri tumori cistici le IPMN_s si caratterizzano per la presenza di sintomatologia, il dolore ricorrente è comune ed è descritto come pancreatitis-like.

Il diabete e l'ittero sono presenti in percentuali variabili e sono, di solito, indice di malignità.

TUMORE SOLIDO PSEUDOPAPILLARE

Il tumore solido pseudopapillare è una neoplasia rara rappresentando l'1-2% dei tumori del pancreas esocrino ed il 4,6% dei tumori cistici del pancreas.

Colpisce prevalentemente il sesso femminile (80-90% dei casi) con un'età media di insorgenza tra i 20 ed i 30 anni. Sebbene abbia di solito un comportamento benigno sono riportate, nel 15% dei pazienti, metastasi localizzate essenzialmente al fegato ed al peritoneo.

I tumori di piccole dimensioni appaiono prevalentemente di aspetto solido con minima componente cistica e spesso non presentano una capsula ben definita. Quelli di dimensioni maggiori presentano una spessa capsula fibrosa che circonda interamente il tumore separandolo nettamente dal parenchima pancreatico (Figura 4).

Microscopicamente ci sono due differenti pattern cellulari: solido e papillare.



Figura 4 - Tumore solido pseudopapillare del corpo-coda pancreatico: si nota la predominanza delle aree solide su quelle cistiche.

Il dolore, di solito tardivo, è più frequente nelle localizzazioni del corpo-coda pancreas nelle quali si associa a calo ponderale e senso di occupazione addominale.

DIAGNOSI

La diagnosi delle neoplasie cistiche è molto complessa e si avvale dell'utilizzo di ecografia, TC, ColangioRM con secretina (di fondamentale importanza quando si vuole studiare i rapporti tra neoplasie e dotto pancreatico), FNA con dosaggio degli enzimi pancreatici e dei markers tumorali.

Il trattamento di questo tipo di neoplasie non può prescindere da una corretta diagnosi preoperatoria che nelle migliori casistiche si aggira intorno al 20-40%.

INDICAZIONI CHIRURGICHE

Quale sia l'adeguato trattamento delle neoplasie cistiche del pancreas è un argomento ancora oggi dibattuto.

È necessario prima di tutto fare una serie di considerazioni:

- I tumori cistici del pancreas sono un gruppo eterogeneo di neoplasie alcune delle quali benigne, altre potenzialmente maligne, altre francamente maligne.
- La diagnosi differenziale tra le varie forme tumorali è molto spesso difficile e comunque quasi mai in grado di distinguere tra le forme benigne e quelle maligne.
- La storia naturale di queste neoplasie non è ancora del tutto conosciuta. Non si conoscono i tempi di trasformazione adenoma-carcinoma, né tantomeno se questa è una tappa obbligatoria; non si conosce quando, in base alle dimensioni, diventano sintomatici, né si conoscono i tempi di crescita.
- La chirurgia del pancreas è, anche in mani esperte, una chirurgia gravata da un'alta percentuale di morbilità e dall'insorgenza di complicanze a distanza dovute alla progressiva insufficienza del pancreas esocrino ed endocrino.

Alla luce di queste considerazioni ci sono essenzialmente due orientamenti: uno a favore del trattamento chirurgico come trattamento di scelta, l'altro a favore del trattamento chirurgico in casi selezionati.

I fattori del trattamento chirurgico per ogni tipo di lesione cistica sostengono che, data la difficoltà di una corretta diagnosi preoperatoria, è più sicuro trattare chirurgicamente questi pazienti ottenendo una sicura guarigione piuttosto che rischiare di non trattare lesioni maligne, con importanti ripercussioni sulla sopravvivenza. C'è, però, una considerazione da fare: circa il 30-40% dei pazienti operati, esposti quindi ad un elevato rischio operatorio, sono affetti da un cistoadenoma sieroso e che complessivamente l'80% dei pazienti asintomatici hanno una patologia benigna.

Ed è per questo motivo che, soprattutto negli ultimi anni, molti Autori, hanno cercato di individuare le caratteristiche per cui una lesione può essere sottoposta ad attento monitoraggio o sottoposta ad intervento chirurgico.

Cisti a pareti sottili, asintomatiche, possono essere monitorizzate.

Quando si riesce preoperatoriamente a fare diagnosi di cistoadenoma sieroso (molto difficile nella variante macrocistica), questo può essere osservato.

Per i cistoadenomi mucinosi è sempre raccomandato l'intervento chirurgico. La sopravvivenza a 5 anni è del 100% nelle forme benigne, borderline e nel cistoadenocarcinoma in situ, mentre nelle forme invasive si riduce al 30-40%⁽⁵⁾.

Per le IPMNs il discorso è più complesso. È necessario, prima di tutto, distinguere le IPMNs del dotto principale (main duct IPMNs) da quelle dei dotti secondari (branch duct IPMNs) perché il loro comportamento è diverso e, di conseguenza, diverso deve essere il loro approccio.

Le main duct IPMNs hanno percentuali di malignità che variano da 60 al 92% nelle diverse casistiche e circa due terzi di queste sono invasive. Appare chiaro, quindi, che per queste neoplasie è indicato l'intervento chirurgico resettivo.

Le branch duct IPMNs mostrano percentuali di malignità sensibilmente minori. Quindi nei pazienti sintomatici, con lesioni > 3 cm associati alla presenza di noduli murali è sicuramente indicato l'intervento chirurgico resettivo. Nei pazienti asintomatici con lesioni piccole è stato proposto un atteggiamento conservativo con attento monitoraggio.

Per le lesioni cistiche con componente solida è indicato l'intervento chirurgico.

In sintesi, dopo un'attenta revisione della lettura, emerge che i fattori che più di tutti devono far propendere per l'intervento chirurgico sono le dimensioni delle lesioni, la presenza di sintomi e la presenza di componente solida. E' doveroso fare una considerazione sull'età dei pazienti. Infatti se è vero che la probabilità di neoplasie maligne è maggiore nei pazienti anziani è anche vero che questi pazienti hanno rischi chirurgici maggiori; inoltre la progressione verso la malignità di queste neoplasie, anche se ancora non stabilito con certezza, è piuttosto lenta per cui la scoperta di una lesione cistica in pazienti anziani pone ancora di fronte ad un grosso dilemma.

In accordo con la letteratura, riteniamo giusto un atteggiamento conservativo per le lesioni benigne, ma aggressivo, con interventi recettivi, per le lesioni sospette (secondo i criteri già analizzati in precedenza). Nella pratica quotidiana, comunque, la decisione è sicuramente influenzata dalla sede della lesione e dallo *stato di performance* dell'operando.

Ciò che condividiamo con studi recenti di complicanze in chirurgia pancreatica è che questo tipo di interventi debba essere trattato in centri ad elevato flusso di interventi di chirurgia pancreatica. Solo in tal modo si possono giustificare interventi più aggressivi anche in pazienti più anziani sui quali le lesioni cistiche possono avere un'evoluzione maligna.

TM



André Masson
Enlèvement, 1931

Ingegneria tessutale in ortopedia e traumatologia

INTRODUZIONE

La US National Science Foundation definisce ingegneria tessutale come: "l'applicazione dei principi e metodi dell'ingegneria e delle scienze biologiche alla conoscenza della relazione fra struttura e funzione nei tessuti umani normali e patologici, nonché allo sviluppo di sostituti biologici in grado di ripristinare, mantenere o migliorare una funzione".

Lo Scientific Committee on Medical Products and Medical Devices della Commissione Europea adotta una definizione più sintetica: "l'ingegneria tessutale è la rigenerazione dei tessuti biologici ottenuta mediante impiego di cellule, con l'aiuto di strutture di supporto e/o biomolecole".

In questa definizione vengono introdotti gli elementi chiave che permettono il processo rigenerativo:

- la cellula, in quanto in grado di produrre nuovo tessuto;
- lo scaffold, struttura tridimensionale che funge da substrato per l'adesione, la sopravvivenza, la proliferazione e la differenziazione cellulare;
- le molecole segnale (fattori di crescita).

In ortopedia i tessuti di interesse per la rigenerazione biologica sono la cartilagine, il tendine e i legamenti, nonché l'osso. Quest'ultimo costituisce per sua natura l'unico tessuto mesenchimale che in condizioni ideali è in grado di guarire non mediante una struttura cicatriziale bensì con ripristino di tessuto osseo vero e proprio (bone healing).

Mentre la rigenerazione di tessuto cartilagineo e teno-legamentoso presenta uno specifico interesse nella traumatologia sportiva e nei suoi esiti, le tecniche di rigenerazione ossea sono applicabili ad un ampio campo di patologie sia degenerative che post traumatiche, di notevole impatto clinico, organizzativo ed economico offrendo la possibilità di abbreviare drasticamente il tempo di guarigione e ridurre la morbilità delle tecniche chirurgiche tradizionali.

Le tecniche correntemente utilizzate determinano manipolazioni minime da parte del chirurgo ortopedico e sono applicabili, in base alla legislazione vigente, direttamente nella Sala Chirurgica.

RIGENERAZIONE OSSEA

Il tessuto osseo è un tessuto che mantiene, anche nella vita adulta, la capacità di autorigenerarsi.

Gli elementi protagonisti del processo rigenerativo agiscono attraverso tre meccanismi fondamentali che sono:

- osteogenesi;
- osteoinduzione;
- osteoconduzione.

M. INNOCENTI, R. CIVININI, M. VILLANO,
C. CARULLI, D. CHICON PAEZ, F. MATASSI

*Il Clinica Ortopedica dell'Università di Firenze
Struttura Complessa Ortopedia Generale 2 AOU Careggi
Direttore: Prof. Massimo Innocenti*

Per **osteogenesi** si intende la formazione di nuovo tessuto osseo da parte di cellule vitali. A seconda della sorgente delle cellule e del tipo di procedura applicata si possono avere:

– *cellule commissionate in situ*: prevede l'attivazione, la proliferazione e la differenziazione dei progenitori già presenti a livello locale e richiede localmente una quantità adeguata di cellule progenitrici in grado di rigenerare il tessuto;

– *cellule staminali autologhe*: sono cellule progenitrici delle cellule osteoblastiche che vengono prelevate, concentrate e introdotte nel sito da trattare senza ulteriori manipolazioni;

– *cellule autologhe espanse e geneticamente modificate*: le cellule staminali vengono incrementate sia numericamente che qualitativamente in laboratorio e poi iniettate nel sito da trattare con possibili problemi legati alle infezioni, alle mutazioni e elevati costi;

– *innesto di tessuti generati in laboratorio*: rappresenta una prospettiva futura che prevede l'iniezione direttamente di tessuto maturo ottenuto in vitro a partire da cellule autologhe.

Le cellule staminali sono altamente indifferenziate, in grado di auto-mantenersi e auto-rinnovarsi (self renewal) e di dare origine a uno o più fenotipi cellulari differenti (differenziazione).

Si distinguono in cellule staminali:

– *embrionali*: totipotenti fino allo stadio di morula, pluripotenti fino allo stadio di blastocisti;

– *adulte*: il loro ruolo è quello di mantenere e riparare i tessuti. A seconda del grado di differenziazione possono dare origine a tutti i tipi cellulari di uno specifico tessuto, e allora saranno definite pluripotenti, oppure solo ad un tipo cellulare e si definiranno allora unipotenti.

Nel midollo osseo troviamo cellule staminali ematopoietiche che danno luogo alle cellule del sangue e le cellule staminali mesenchimali che possono originare tessuto osseo, cartilagine e altri tessuti connettivi e che sono per questo di particolare interesse in ambito ortopedico.

L'**osteoinduzione** è il processo attraverso il quale varie molecole segnale agiscono stimolando la differenziazione in senso osteoblastico e la produzione di tessuto osseo.

Tra queste molecole, possiamo considerare i fattori di crescita e le proteine morfogenetiche.

Tra i primi, quelli che favoriscono maggior-

mente la formazione ossea sono:

- PDGF: fattore di crescita derivante dalle piastrine;
- TGF- β : fattore di crescita trasformante;
- IGF I e II: fattore di crescita simil insulinico tipo I e II;
- FGF: fattore di crescita dei fibroblasti;
- VEGF: fattore di crescita endoteliale.

Le proteine morfogenetiche dell'osso appartengono alla superfamiglia dei TGF- β e sono glicoproteine di membrana tra le quali le più attive a livello osteoinduttivo sono la BMP-2, 4, 6, 7.

La spinta decisiva alla utilizzazione clinica di queste proteine è stata offerta dalle tecnologie molecolari di clonazione che hanno reso possibile ottenere le BMP ricombinanti ed in particolare la rh BMP 7 (OP-1) e la rh BMP-2, attualmente disponibili in commercio.

Queste molecole interagiscono con specifici elementi cellulari e, attraverso un sistema di trasduzione intracellulare, inducono la migrazione e la proliferazione cellulare, la sintesi di diverse proteine o altri fattori di crescita generando così una cascata di eventi che determina rigenerazione ossea.

Le cellule osteogeniche e i fattori osteoinduttivi devono poter svolgere la loro attività all'interno di una impalcatura che "conduce" il processo di neoformazione ossea.

Tali substrati, definiti scaffolds, devono essere biocompatibili, assicurare la permanenza dei fattori e delle cellule nel sito di applicazione, possedere proprietà meccaniche e permettere la rigenerazione del tessuto osseo ed il rimodellamento.

Il processo di **osteocostruzione** può essere secondario da osso autologo o omologo o da svariati substrati sintetici. L'osso di banca morcellizzato aggiunto a fattori di crescita e cellule staminali autologhe grazie alla sua elevata capacità rigenerativa può venire impiegato in situ senza rilevante esposizione chirurgica e spesso senza rimuovere le sintesi presenti se sufficientemente stabili,

laddove le tecniche tradizionali richiederebbero impiego di osso autologo e spesso esposizione ampia e applicazioni di mezzi di sintesi o di impianti protesici maggiormente invasivi.

OTTENIMENTO E CONCENTRAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI MESENCHIMALI

Nella nostra pratica clinica otteniamo le cellule staminali in modo agevole e senza particolari manipolazioni, mediante un aspirato di midollo osseo, eseguito in occasione della stessa seduta operatoria e generalmente senza procedure anestesologiche aggiuntive.

Le sedi da cui il midollo osseo può essere prelevato sono varie, ma comunemente viene scelta la cresta iliaca, attraverso l'aspirazione con un apposito ago: è possibile, in questo modo, ottenere un quantitativo sufficiente di aspirato che, trattato con anticoagulanti e opportunamente centrifugato con apparecchiature dedicate permette di ottenere, in pochi minuti, una soluzione concentrata di pochi cc con un numero elevato di cellule nucleate tra cui sono presenti anche le cellule staminali (Figura 1).

Come oramai dimostrato sia in ambito sperimentale che sui tessuti umani, nella pratica clinica tale miscela è caratterizzata da percentuali di cellule progenitrici significativamente aumentate rispetto al prelievo basale e risulta particolarmente attiva dal punto di vista biologico-rigenerativo, tanto da poter essere introdotta anche da sola, oltre che con innesti ossei.

Le cellule staminali possono essere ottenute anche mediante filtrazione e direttamente perfuse nell'osso morcellizzato o introdotte in uno scaffold, come ad esempio una matrice di collagene, ottenendo in tal modo una struttura tridimensionale malleabile e deformabile utile per colmare particolari difetti in sedi specifiche.

IMPIEGHI CLINICI

Pseudoartrosi

Per pseudoartrosi si intende una frattura che

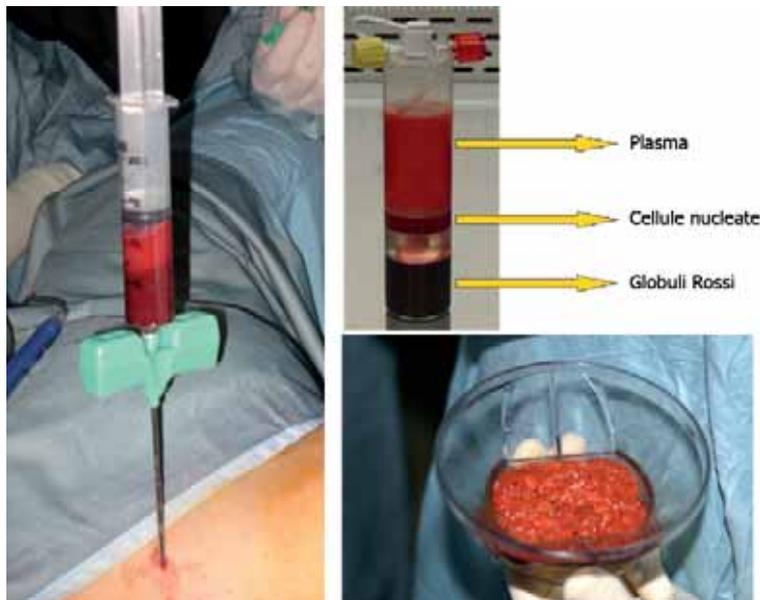


Figura 1 - Aspirazione del midollo osseo dalla cresta iliaca. Stratificazione dell'aspirato midollare dopo centrifugazione. Cellule staminali perfuse in uno scaffold di tessuto osseo spongioso omologo.

ha esaurito le sue potenzialità riparative senza giungere alla consolidazione.

Lo scopo dei vari trattamenti è quello di stimolare le estremità dei monconi ossei favorendo il processo di riparazione.

Sono descritte in letteratura varie procedure che vanno dal trattamento chirurgico a cielo aperto (con l'impiego di innesti ossei e fissazione interna) al trattamento percutaneo con mezzi fisici (ultrasuoni, onde d'urto, magnetoterapia).

Tra le tecniche mini-invasive di recente introduzione si ha l'iniezione percutanea di cellule staminali nel sito di pseudoartrosi previa cruentazione delle estremità ossee (Figura 2).

La procedura ha il vantaggio di avere una ridotta aggressività e buoni risultati a medio termine nel trattamento di pseudoartrosi di tibia, omero, radio e ulna come dimostrato da recenti studi in letteratura (Figura 3).

REVISIONI

Anche nella chirurgia protesica è sempre più attuale il problema della ricostruzione ossea specie per far fronte ad importanti difetti negli interventi di revisione.

L'incremento del numero di protesi articolari applicate per patologia degenerativa o post traumatica e l'età sempre più giovanile dei pazienti trattati rende la riprotesizzazione dopo fallimento o fisiologica usura dell'impianto ancora più frequente.

Si tratta di chirurgia maggiore, ove è particolarmente indicata l'ingegneria tessutale di supporto; specie in caso di gravi perdite di sostanza è possibile far ricorso all'impiego delle cellule staminali associate a osso spongioso omologo e fattori di crescita per favorire l'integrazione dell'impianto protesico all'osso (Figura 4).



Figura 2 - Paziente di 26 aa affetto da frattura di avambraccio trattato con gesso poi evoluta in pseudoartrosi. Iniezione percutanea nel sito di pseudoartrosi di cellule staminali concentrate. Consolidazione della frattura a 2 mesi dal trattamento.



Figura 3 - Frattura diafisi omerale in paziente di 32 aa trattata con osteosintesi con placca e viti ed evoluta in pseudoartrosi a 5 mesi dall'intervento. Consolidazione della frattura dopo 60 giorni da innesto di osso omologo, cellule staminali autologhe concentrate e gel piastrinico, senza rimozione della placca.

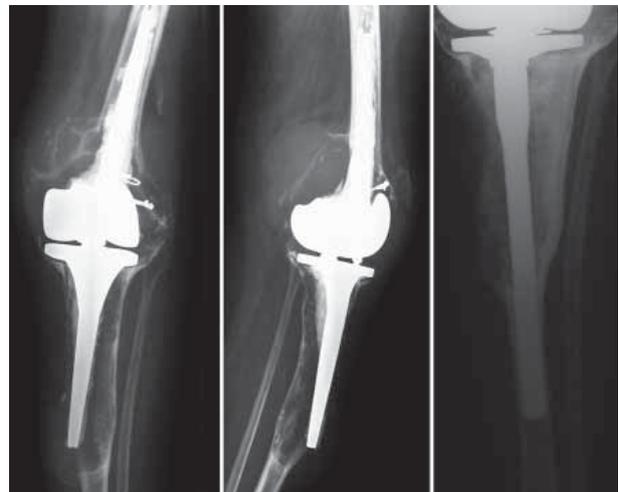


Figura 4 - Fallimento di protesi totale di ginocchio in paziente emofilico di 52 aa con grave perdita ossea. Risultato a 4 mesi di revisione con protesi dedicata e impianto di cellule staminali miscelate a tessuto osseo spongioso omologo e concentrato piastrinico.

CONCLUSIONI

L'ingegneria tessutale è oggi utilizzabile sotto forma di manipolazioni complesse ma anche direttamente nelle sale operatorie ortopediche mediante metodiche semplificate e allo stesso tempo efficaci.

Nella nostra esperienza l'impiego di osso di banca associato a fattori di crescita e a cellule staminali autologhe concentrate è stato di grande utilità nel risolvere casi che tradizionalmente avrebbero richiesto ampie esposizioni, applicazione di nuovi mezzi di sintesi e trapianto autologo con i relativi problemi a carico del sito di prelievo.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: m.innocenti@med.unifi.it

TM

Neuromonitoraggio intraoperatorio “via rete” durante la chirurgia della carotide

La chirurgia della carotide, introdotta in medicina negli anni '50, è una procedura molto diffusa e viene attualmente considerata il miglior trattamento dell'insufficienza cerebrovascolare da stenosi carotidee nel tratto extracranico, sia sintomatiche che asintomatiche di entità severa. In Italia, vengono eseguiti ogni anno circa 11.000 interventi di endarterectomia carotidea (EAC). L'U.O. di Chirurgia Vascolare della nostra Azienda (Responsabile Dott. Mario Cecchi) situata nell'Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio, è una struttura di eccellenza (Centro di Riferimento Regionale) assai attiva in questo settore: negli ultimi dieci anni sono stati effettuati ol-

tre 3500 interventi di EAC. Al fine di ridurre al minimo le complicanze neurologiche intra e perioperatorie si impone tuttavia un attento monitora-

raggio delle funzioni cerebrali durante l'intervento, specie se condotto in anestesia generale. Al Nuovo S. Giovanni di Dio, nel contesto della proficua collaborazione fra le UU.OO. di Chirurgia Vascolare e di Neurologia (Responsabile Dott. G. Zaccara) è stato messo a punto un protocollo di monitoraggio neurofisiologico origina-

le che prevede la registrazione, per tutta la durata dell'intervento, sia dell'elettroencefalogramma (EEG) che dei potenziali evocati somatosensitivi (PES) da stimolazione del nervo mediano al polso. Questo protocollo di monitoraggio intraoperatorio

ALDO RAGAZZONI¹, ROBERTA CHIARAMONTI¹,
FRANCESCO GIAMBI², STEFANO MICHELIGNOLI³,
LEONARDO ERCOLINI³, GAETANO ZACCARA⁴,
MARIO CECCHI⁵

¹ Dirigente Medico-SC Neurologia-Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio-Firenze

² Responsabile-SC Chirurgia Vascolare-Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio-Firenze

³ Dirigente Medico-SC Chirurgia Vascolare-Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio-Firenze

⁴ Responsabile-SC Neurologia-I.O.T.-Firenze

⁵ Direttore Dipartimento Chirurgico-Azienda Sanitaria di Firenze

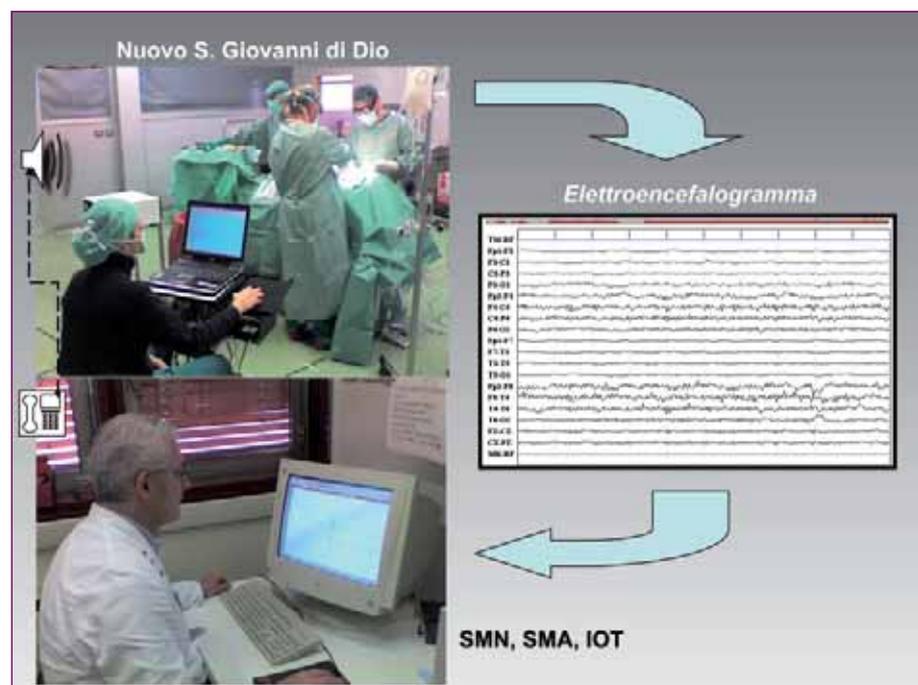


Figura 1

(ideato dal Dott. A. Ragazzoni, Responsabile I.A.C. di Neurologia presso NSGD, coadiuvato dalla Dott.ssa R. Chiaramonti) è attivo da oltre dieci anni e comporta la presenza di un tecnico di neurofisiopatologia e di un medico neurologo nella sala operatoria di Chirurgia Vascolare per tre mattine ogni settimana. I risultati sono rilevanti, in quanto le complicanze perioperatorie degli interventi di EAC effettuati al NSGD si sono attestate stabilmente su una percentuale del 0.4%, ben al di sotto dei livelli indicati dalle Linee Guida internazionali (3% di complicazioni nei Pazienti asintomatici, 6% nei Pazienti sintomatici). Ciò costituisce un importante elemento di tranquillità per ogni paziente che si debba sottoporre ad intervento sulla carotide presso la U.O. di Chirurgia Vascolare della nostra Azienda.

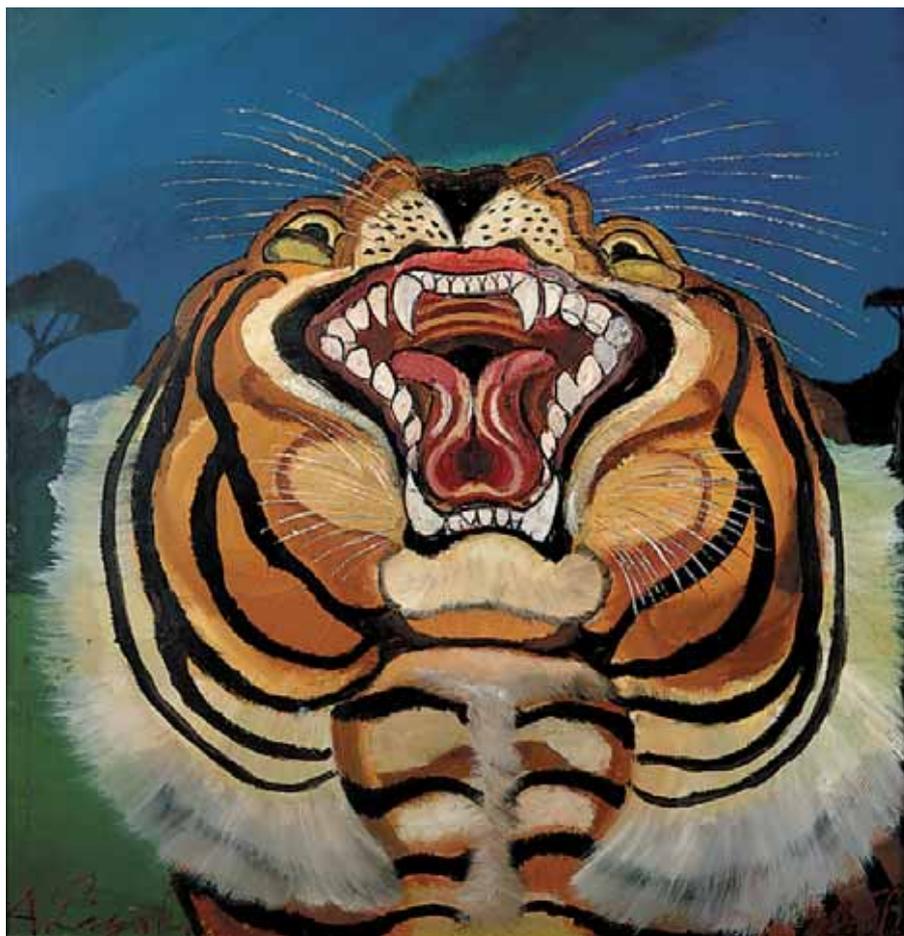
È peraltro evidente che la presenza del neurologo in sala operatoria per l'interpretazione dei dati neurofisiologici "in tempo reale" comporta un notevole impegno di tempo medico. Da circa tre anni, grazie all'impiego di strumentazione neurofisiologica digitale ed alla disponibilità di una rete informatica aziendale, è possibile trasmettere in tempo reale i segnali EEG e PES dalla sala operatoria del NSGD ai computers della U.O. di Neurologia situati al piano terreno dello stesso presidio, oppure a S. Maria Nuova, all'IOT od all'OSMA. In tal modo, allorché un neurologo non può essere

presente all'intervento, il tecnico di neurofisiopatologia comunica via telefono con il medico, il quale può visualizzare i tracciati a distanza sullo schermo del computer ed inviare, sempre via telefono, la sua valutazione e le sue indicazioni al tecnico ed al chirurgo presenti in sala operatoria. L'intervallo intercorrente fra l'acquisizione del segnale EEG/PES in sala operatoria e la visualizzazione su un computer situato ad alcuni Km di distanza (SMN, IOT od OSMA) è di 6-8 secondi e quindi la lettura avviene di fatto "in tempo reale". La trasmissione in rete del monitoraggio intraoperatorio permette un uso ottimale del tempo del neurologo e valorizza l'opera del tecnico di neurofisiopatologia che assume un ruolo di grande importanza in tutta la procedura.

Un ulteriore ed assai prossimo sviluppo sarà quello di attivare il monitoraggio in rete degli interventi di EAC anche nel Presidio di Borgo S. Lorenzo e, successivamente, di estendere tale collegamento a tutti i presidi dell'Area Vasta Centro.

La possibilità dell'utilizzo della rete aziendale per la trasmissione in tempo reale di immagini diagnostiche costituisce un'importante strumento di razionalizzazione di molte procedure in grado di rendere ottimale l'utilizzo delle risorse, delle quali la più importante è il tempo degli operatori sanitari.

TM



Antonio Ligabue
Testa di tigre, 1956



Rifiuto di cure o dissenso informato? Riflessioni giuridiche per il medico

Il rifiuto delle terapie, come atto di disposizione negativo del proprio corpo, e la sospensione di un trattamento pongono riflessioni attorno al principio del consenso e al principio del rifiuto. Il dovere di non praticare le cure non è considerato omicidio omissivo da parte del medico perché vi è rifiuto delle cure. Non è neanche eutanasia passiva né sottintende il diritto al suicidio, ma rientra nel principio di autodeterminazione. Fondamentale per l'affermarsi dell'imprescindibilità di un consenso all'atto medico è stata la sentenza della Corte di Assise di Firenze del 1990.

Così il consenso deve essere personale, reale (non solo presumibile dalla situazione clinica del soggetto), informato: il paziente deve essere informato sulle conseguenze del non intervento; se il soggetto rifiuta, deve sapere a cosa potrebbe andare incontro. Il rifiuto deve soprattutto essere attuale ed espresso anche in base alle cosiddette dichiarazioni-disposizioni con cui il soggetto rinuncia a certi trattamenti terapeutici qualora si rendano necessari quando egli per ragioni di malattia non sia in grado né di esprimere un consenso né un dissenso perché non più in grado di intendere/volere.

Questo diritto al rifiuto delle cure, o diritto di non essere curato, lo troviamo espresso anche nell'art 33 della Legge 833 del Diritto Sanitario (1978) e, naturalmente, nella Convenzione di Oviedo (2001) che è stata autorizzata dagli organi internazionali europei. Tuttavia, finché l'Italia non ne deposita lo strumento di ratifica, quest'ultima non può essere considerata parte del nostro ordinamento giuridico. Ormai, è stato ammesso dalla giurisprudenza che un paziente può rifiutare delle cure anche quando la mancanza di queste cure porta alla certezza di una morte a breve termine. Quindi, si riconosce già nella giurisprudenza attuale che l'autonomia del paziente implica anche il suo diritto a scegliere di morire. Tutte le norme

presenti nel nostro ordinamento evidenziano come il criterio per stabilire quale sia l'interesse del paziente rispetto a determinati trattamenti sanitari

sia la sua volontà. Finché la volontà c'è, che gli consente di autodefinirsi, deve essere rispettata. La dottrina medico-legale maggio-

ritaria è molto chiara nel caso in cui il paziente nel pieno delle sue capacità (*competent*) decida comunque di rifiutare il trattamento medico, anche a rischio della propria vita.

Nonostante tutto emergono varie esigenze di certezza, in quanto i medici stanno perdendo di sicurezza giuridica. Condizionati da eventuali condanne penali, il medico lavora in un ambito d'incertezza. Ci vogliono delle norme alle quali il medico si può riferire per intervenire serenamente. Il medico si domanda: che cosa rischio se faccio o non faccio questo? L'esigenza di certezza da parte del medico nei confronti del giurista porta il penalista stesso a doverne dare contributo. A fronte di una richiesta del paziente il medico non deve intervenire perché c'è una norma costituzionale chiarissima. Se il medico insistesse, offenderebbe un diritto fondamentale: quello della dignità. E la dignità, come valore fondamentale sancito dall'art. 3 della Costituzione, si esprime attraverso il rispetto dell'autodeterminazione di un soggetto.

L'Art 32, che riguarda la libertà, di non essere curati, prevede una regola ma ci dice in modo tassativo anche l'eccezione. Nel suo contenuto sia programmatico che precettivo, pone, infatti, come unico limite alla libertà personale dell'individuo di autodefinirsi l'esigenza pubblica di tutelare un interesse collettivo, per cui solo di fronte ad interessi di questo tipo può cadere l'innegabile diritto del singolo di disporre del proprio corpo e della propria salute. Se il trattamento sanitario consentito non è prescritto dalla legge, il singolo può avvalersi del diritto di rifiuto di cure e il medico ha il dovere di rispettarlo. D'altra parte i trattamenti sanitari obbligatori scritti per legge

CARMEN CINI

*Docente ed esperta di Bioetica
(Scuola di Psicoterapia Comparata)*

devono rispettare la dignità del paziente. E se il medico non deve intervenire allora, è inconcepibile che debba rispondere dell'eventuale omicidio del paziente giacché non intervenendo, non fa che adempiere un dovere costituzionale esercitando un diritto del paziente.

I medici devono informare il paziente sulle conseguenze di una sua volontà di rifiuto di cure, ma non possono imporgli un ricovero forzato anche in caso di urgenza. Costringere qualcuno a tollerare qualcosa rappresenta un illecito civile e in molti casi anche una violenza privata. Questo è quello che rischia un medico se si ostina in un trattamento sanitario nonostante il rifiuto di cure da parte del paziente o se attua il trattamento sanitario senza il consenso del paziente.

Tuttavia il medico, laddove costringa il paziente a un trattamento salvavita contro il suo esplicito dissenso, potrebbe non essere perseguito penalmente. Infatti, il medico può in questi casi invocare lo stato di necessità e urgenza per la salvaguardia della vita del paziente. Nel dubbio il medico tende a scegliere la via che va verso la vita (*in dubio pro vita*). D'altra parte per la stessa ragione interrompere un trattamento sanitario in stato di necessità e urgenza non viene comunque giudicato per cui la necessità di salvare una persona non è punibile. Stante, anche un'impossibilità di acquisire il consenso del paziente perché in stato d'incoscienza, la legittimità dell'atto medico deriva dalla stessa condizione di necessità, poiché il trattamento, palesandosi indispensabile per evitare un danno grave alla persona, supera ogni riserva di liceità.

Noi possiamo realizzare un illecito penale o

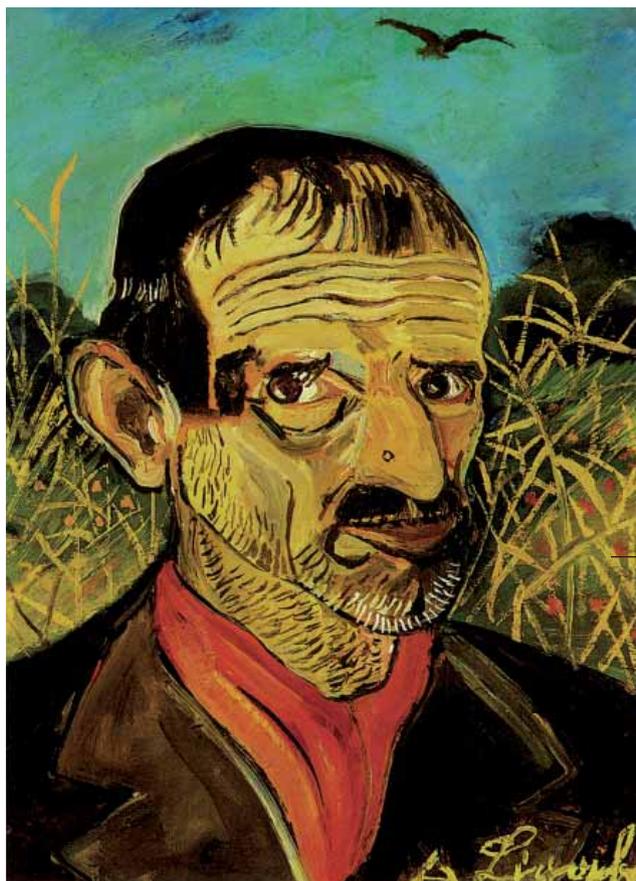
civile eccezionalmente quando la realizzazione di questo illecito è comunque funzionale alla necessità urgente di salvaguardare un altro interesse personale purché ci sia proporzione tra il bene che io offendo e quello che difendo. L'invocazione dello stato di necessità serve spesso per dare legittimità all'attività medica nell'imporre trattamenti salvavita. Ne discende che l'art. 54 non è un argomento sostenibile perché consentirebbe al medico di fare qualsiasi cosa contro la volontà del paziente. Lo stato di necessità non può quindi sussistere per una condizione d'insostenibilità rispetto alle proporzioni d'intervento.

In fin dei conti, dal fatto che la vita possa essere considerata come un bene inviolabile certamente non discende che essa sia anche un bene indisponibile. L'inviolabilità e l'indisponibilità sono due concetti diversi. Mentre la prima esprime la relazione tra i terzi e il soggetto della cui vita si tratta; la seconda, riguarda il rapporto dell'uomo con se stesso. Ne consegue che, una volta ammesso il principio di autonomia, che si manifesta nella fattispecie nel principio di autodeterminazione, l'attività del medico che ne consenta l'estrinsecazione non può più essere qualificata come illecita. Tra diritto alla vita e diritto a non avere la vita, l'autodeterminazione giuridicamente conta più della salute del paziente. E comunque se è vero che esiste un diritto alla vita da questo non discende un dovere di vivere.

Bibliografia

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

TM



Antonio Ligabue
Autoritratto con sciarpa rossa, 1956



E se per assurdo Eluana tornasse pienamente cosciente

E se per assurdo Eluana ritornasse pienamente cosciente per un giorno e chiaramente indicasse la sua volontà a non essere alimentata e nutrita forzatamente? Non vi sarebbe più alcun dubbio sulla sua volontà

precedentemente esposta e riportata ai magistrati dalle testimonianze del padre e delle amiche. L'alimentazione e la nutrizione sarebbero così ancor più "legittimamente" sospese. Ma il giorno dopo a Eluana, ritornata nel suo stato vegetativo, verrebbe riposizionato il sondino e riprenderebbero la nutrizione e idratazione forzata. Questo avverrebbe se venisse approvata la legge che verrà discussa in Parlamento, legge che riprenderà il decreto d'urgenza che il Presidente della Repubblica non ha firmato e che recitava: "in attesa dell'approvazione di una completa e organica disciplina legislativa in materia di fine vita, l'alimentazione e l'idratazione, in quanto forme di sostegno vitale e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze, non possono in alcun caso essere sospese da chi assiste soggetti non in grado di provvedere a se stessi". Questo avverrebbe anche però se venisse approvata la Legge "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento" al momento in discussione come Disegno di Legge nella Commissione Igiene e Sanità del Senato, meglio noto come DDL Calabrò, che sta trovando ampio consenso per la sua approvazione. Il DDL Calabrò prevede in effetti all'Art. 5 Comma 6 "Alimentazione ed idratazione, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente, sono forme di sostegno vitale e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze e non possono formare oggetto di Dichiarazione Anticipata di Trattamento".

Si verrebbe così a creare una situazione che prevede la legittima possibilità di rifiuto della alimentazione e idratazione solo da parte della persona cosciente e l'impossibilità per la persona non più cosciente (soggetto in stato vegetativo permanente, ammalato di demenza ecc.), quindi più indifesa, di poter far rispettare le sue precedenti volontà tramite un suo rappresentante, contrastan-

do quindi i diritti del cittadino sanciti dall'Art. 32 della Costituzione Italiana e dall'Art. 6 Comma 3 della Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997, ratificata con la Legge 145 del 28.3.2001.

Il DDL Calabrò prevede invece sempre all'Art. 5 Comma 4 la

possibilità di esprimere dichiarazioni anticipate di trattamento su ogni altra forma di "trattamento sanitario" anche "altamente invasivo", quale quindi la Ventilazione Meccanica Invasiva. Mi domando però se insufflare aria (che nell'immaginario collettivo indica la vita) con una macchina nei polmoni di una persona incapace a respirare autonomamente non possa essere egualmente considerata una forma di sostegno vitale.

Quando una persona non sarà più cosciente, come può avvenire nella fase terminale della sua vita, il medico sarà quindi obbligato per legge a mantenere costante l'alimentazione e l'idratazione, anche se questo implica l'introduzione di una sonda nello stomaco o il posizionamento di un catetere venoso centrale, misure queste che possono rappresentare una forma di accanimento terapeutico.

La sospensione dell'alimentazione e idratazione artificiale è stata considerata, a mio avviso in modo chiaramente improprio, da molti e dalla Chiesa Cattolica una forma di "eutanasia". Tale dovrebbe, allora, essere da loro considerata a maggior ragione anche la sospensione dell'alimentazione e della nutrizione che avviene per volontà della persona cosciente che non richiede più questi "sostegni vitali", sapendo che morirà senza alimenti e senza liquidi, come per altro sembra avvenuto per Papa Giovanni Paolo II quando ha chiesto di poter tornare serenamente nella "Casa del Padre" senza avere alcuna forma di alimentazione artificiale.

Le scelte di fine vita sono personali e non possono essere decise per legge, col rischio di violare anche la libertà di un singolo individuo. "Dico che nessuno respinge gli alimenti o si uccide per necessità della sua natura, ma solo se costretto da cause esterne" questo è quello che ci ha lasciato scritto Barùch Spinoza.

ANDREA LOPES PEGNA

SOD Pneumologia 1, AOU Careggi, Firenze

TM



SaluteInternazionale.info

Per saperne di più sulla salute globale

Il Pensiero Scientifico Editore pubblica, dalla fine di gennaio 2009, un blog dal titolo: "Salute Internazionale" - www.saluteinternazionale.info -. La nuova iniziativa editoriale vuole essere uno spazio di riflessione e di approfondimento sui temi che riguardano la salute "globale" nelle sue varie dimensioni: il diritto alla salute, i sistemi sanitari internazionali, l'innovazione e il management, la salute dei migranti. Tra i primi titoli del blog: "Primary health care. Ora più che mai", "Il diritto alla salute non ha bisogno di documenti", "La globalizzazione come determinante della salute", "Il ruolo della valutazione nei servizi di pubblica utilità", "Il turismo sanitario, un volto della sanità globalizzata", "Una finestra sulla Palestina. Emergenza umanitaria a Gaza". Di seguito riportiamo il pezzo di apertura del blog.

GAVINO MACIOCCO*, SARA BARSANTI**,
LORENZO ROTI***

* Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Firenze
** Scuola Superiore S. Anna, Pisa
*** Asl 4 di Prato

PERCHÉ SALUTE INTERNAZIONALE Perché la salute è un diritto umano

Lancet ha celebrato il 60° anniversario della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo dedicando gran parte del numero 9655, del 13 dicembre 2008, (un editoriale più numerosi contributi, nonché un monumentale paper) al tema del diritto alla salute.

Perché e come la salute è un diritto umano?, si chiede Amartya Sen in un breve, formidabile comment. La salute può essere considerata un diritto in assenza di una legislazione vincolante? Secondo Jeremy Bentham (1748-1832) la risposta è no. Bentham infatti considerava un "non senso" la dichiarazione

francese dei diritti dell'uomo del 1789 perché il diritto per essere tale deve essere legiferato, deve cioè essere "figlio della legge". Ma - osserva Sen - c'è una lunga tradizione di pensiero sul diritto come etica sociale: le basi morali che una buona società deve avere. Infatti quando la dichiarazione americana d'indipendenza invocava "certi inalienabili diritti" che ogni persona deve avere, i diritti umani erano visti non come "figli", bensì come "genitori" della legge. Nel considerare la salute come diritto umano c'è la chiamata all'azione per la promozione della salute della popolazione, nello stesso modo con cui gli attivisti del 18° secolo lottarono per la liberazione e la libertà.

Un diritto umano - prosegue Sen - può essere "genitore" non solo della legge, ma anche di altri modi per sostenere la causa di un determinato diritto. Anche la realizzazione della prima generazione dei diritti (come la libertà religiosa, il diritto a non essere arrestato arbitrariamente, a non essere violentato o ucciso) dipese non solo



dalla legge, ma anche dalla discussione pubblica, dalla denuncia, dal controllo e dal lavoro sociale. Il diritto alla salute pretende analoghi vasti interventi, che vanno ben oltre una (pur importante) buona legislazione sanitaria. Ci sono azioni politiche, sociali, economiche, scientifiche e culturali che noi possiamo prendere per fare avanzare la causa della buona salute per tutti. Nel considerare la salute come un diritto, noi riconosciamo la necessità di un forte impegno sociale per la buona salute. Ci sono – conclude Sen – poche cose così importanti come questa nel mondo contemporaneo.

Quando nacque l'idea di produrre questo blog, il numero 9655 di *Lancet* non era ancora uscito, ma leggendo ora il Comment di Amartya Sen, nelle sue profonde, acute argomentazioni vediamo specchiarsi le ragioni di Salute Internazionale: creare uno spazio di informazione e riflessione, di approfondimento culturale e scientifico, di discussione e condivisione “per fare avanzare la causa della buona salute per tutti”.

Perché salute per tutti è un imperativo etico

Il 2008 è stato, per la politica sanitaria internazionale, un anno ricco di rievocazioni: 60 anni dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, 30 anni dalla Dichiarazione di Alma Ata (per inciso gli stessi anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale in Italia, legge 833/78). Il 14 ottobre 2008 a Almaty (già Alma Ata, già capitale del Kazakhstan) è stato presentato il Rapporto OMS 2008 per commemorare il trentennale dell'omonima Dichiarazione.

Da Alma Ata a Alma Ata potrebbe essere il significato profondo del recente documento annuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Un ritorno al passato per riscoprire e rivalutare linee di politica sanitaria internazionale basate su equità, appropriatezza, qualità e prevenzione; linee di politica sanitaria internazionale mirate a mettere al centro del sistema sanitario i bisogni della persona e della comunità; linee di politica sanitaria internazionale fondate su una formula tanto semplice, quanto potente: 'salute per tutti' (formula tornata, dopo trent'anni, a far parte del 'lessico familiare' dell'OMS). Con queste parole, infatti, si chiude la presentazione del Rapporto, firmata dal Direttore Generale, Margaret Chan: “Uniti nella comune sfida di realizzare i principi della primary health care, il tempo è maturo, oggi più che mai, per sviluppare una comune coscienza e una politica condivisa che rendano più rapido il cammino verso la salute per tutti”.

Sempre nel 2008 l'OMS ha presentato i lavori conclusivi della Commissione sui Determinanti

Sociali di Salute, istituita nel 2005 e presieduta da Michael Marmot. Quanto oggi l'obiettivo della salute per tutti sia sfocato e lontano, in primo luogo per motivi sociali e economico-politici, lo denuncia a chiare lettere il documento finale della Commissione: “La giustizia sociale è questione di vita e di morte. Essa influenza il modo in cui le persone vivono, le conseguenti probabilità di ammalarsi, il loro rischio di morte prematura. Noi osserviamo, con meraviglia, come la speranza di vita e la buona salute continuano a crescere in alcune parti del mondo e, con allarme, come queste non riescano a migliorare in altre parti. Una bambina venuta alla luce oggi può sperare di vivere più di 80 anni se nata in alcune parti del mondo, ma meno di 45 anni se nata in altre parti. All'interno dei paesi ci sono drammatiche differenze nella salute che sono strettamente legate al grado di svantaggio sociale. Differenze di tale grandezza – tra nazioni e all'interno di una stessa nazione – semplicemente non dovrebbero mai accadere”.

Ridurre le disuguaglianze nella salute è un imperativo etico, questo il messaggio conclusivo della Commissione. Volentieri ci facciamo prendere per mano dalle 'idee forti' dei più recenti documenti dell'OMS nell'intraprendere il cammino di Salute Internazionale. Un cammino che sarebbe incerto, opaco e limitato se non fosse sostenuto da forti motivazioni etiche, se non fosse guidato da chiari ed espliciti orientamenti di politica sanitaria (come quelli espressi dai documenti sopra citati).

Perché occuparsi di salute e sanità internazionali

Chiunque oggi – per motivi di lavoro, di studio, di interesse culturale, politico, etc. – affronti temi che riguardano la salute e l'assistenza sanitaria difficilmente può fare a meno di riferirsi a esperienze internazionali, confrontarsi con le informazioni provenienti da molteplici fonti: dalla letteratura scientifica periodica ai documenti pubblicati da istituzioni come OMS, OCSE, Banca Mondiale o da varie organizzazioni, come la galassia delle ONG, dai prodotti editoriali di varia natura (dai libri ai siti web) alle iniziative formative (corsi universitari, formazione continua, congressi e convegni). Da master internazionali (Harvard, USA, Leeds e Edimburgo, UK), ad esempio, noi stessi abbiamo attinto idee e spunti per costruire la struttura dei contenuti di Salute Internazionale. Occuparsi di salute e sanità internazionali serve dunque a diventare più informati e più colti. Serve anche a diventare migliori: a uscire da se stessi, a guardare agli altri, al mondo.

TM



Progetto Assistenza Sanitaria Disabilità Intellettiva (ASDI)

Il progetto ASDI, nato nel 2005, anche grazie all'impegno dell'Associazione dei familiari di ragazzi disabili "CUI I Ragazzi del Sole Onlus", è un'iniziativa che promuove un miglioramento dei supporti per la salute delle persone con disabilità intellettiva, tramite percorsi assistenziali atti a facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie.

Dal 2008 anche l'ASF ha aderito al progetto con 13 Strutture sanitarie Semplici e Complesse che vanno ad affiancare le 18 dell'AOUC già operative dal 2006.

Il progetto tende a creare una rete di servizi integrati, anche in modo interaziendale, per poter

dare una risposta ai bisogni delle persone con disabilità intellettiva, in modo esaustivo e pienamente adeguato alle loro esigenze.

L'Associazione "CUI I Ragazzi del Sole Onlus", attraverso l'impegno di volontari, gestisce un centro di ascolto, contattabile tramite il n° verde 800.729.729, per la raccolta del bisogno. Successivamente, in base al bisogno stesso e ad un criterio di zonizzazione, inoltra la domanda o direttamente alle singole Strutture della AOUC, o ad una coordinatrice infermieristica dell'ASF, che provvederà ad organizzare il percorso con la/ Struttura/e coinvolta/e.

Le Strutture che hanno dato la disponibilità al progetto, fermo l'impegno da parte delle due Aziende alla promozione della crescita, sono, per l'AOUC:

Cardiologia, Chirurgia Gen., Diabetologia, Endocrinologia, Dietetica, Gastroenterologia, Genetica, Medicina Legale, Ginecologia, Medicina Interna, Neurologia, Epilettologia, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Psichiatria, Urologia e Radiologia.

Per l'ASF: Allergologia, Anestesiologia, Diabetologia, Neurologia, Odontoiatria, ORL, Punto prelievi ematici, Fisiatria, Ortopedia, Urologia, Cardiologia e Ginecologia.

Gestione degli eventi avversi ed audit clinico

La Giunta Regionale Toscana ha approvato una delibera (n. 101 del 16/02/2009) con la quale fornisce indirizzi alle ASL per la gestione degli eventi avversi e la pratica dell'audit clinico. Si tratta di una materia che in Toscana è già stata affrontata e regolamentata da tempo, anche con la decisiva collaborazione dell'Ordine dei Medici, ma sulla quale la Regione Toscana ha ritenuto opportuno ritornare, apportando alcuni chiarimenti e linee di tendenza, per un uso più convinto e consapevole degli strumenti di audit interno. Come primo punto, la delibera distingue nettamente la funzione di tutela della salute e

di prevenzione degli eventi avversi dall'individuazione delle responsabilità dei singoli operatori. Infatti lo scopo dell'audit è di evidenziare eventuali criticità organizzative del sistema al fine di porvi rimedio, e non quello di ricercare necessariamente un profilo di responsabilità. A questo proposito, la delibera prevede che a seguito dell'audit clinico non possano conseguire provvedimenti sanzionatori a carico dei dipendenti dell'Azienda e che la documentazione inerente possa essere fornita solo ed esclusivamente all'Assessore regionale per il Diritto alla Salute, nella sua qualità di Presidente del Consiglio

Sanitario Regionale. L'audit clinico, quindi, si conferma come uno strumento di analisi e di discussione tra clinici, dove viene garantita la riservatezza e la confidenzialità del rapporto fra i professionisti. La delibera, inoltre, definisce i requisiti per i soggetti che sono chiamati a svolgere le pratiche di audit, con particolare riguardo alle incompatibilità e ai conflitti d'interesse. Infatti costoro devono impegnarsi a non assumere, neanche successivamente allo svolgimento dell'audit, alcun ruolo in eventuali procedimenti giudiziari inerenti i casi analizzati.

Sì all'indennizzo per l'epatite

D'ora in poi avrà diritto all'indennizzo anche chi si ammala di epatite a causa di una somministrazione di emoderivati. Lo ha stabilito la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 28/2009, depositata il 6 febbraio, che ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 1 comma 3 della legge 25 febbraio 1992 n. 210 che disciplina l'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a

causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni. I giudici della Corte hanno osservato che «dalla disciplina complessiva del 1992 emerge che, mentre l'indennizzo è sempre riconosciuto nel caso di soggetti che abbiano contratto infezioni da Hiv, siano esse derivate dalla somministrazione di sangue ovvero di emoderivati, ai soggetti che abbiano contratto l'epatite il beneficio è concesso solo

nel caso in cui la malattia sia conseguita a trasfusione, ovvero, se si tratta di operatori sanitari, nelle ipotesi di contatto con il sangue o suoi derivati», mentre «resta priva di tutela l'ipotesi in cui l'infezione da epatite sia conseguita alla somministrazione di emoderivati e ciò non trova alcuna ragionevole giustificazione», violando il principio di uguaglianza dettato dall'articolo 3 della Costituzione.

EVENTI FORMATIVI ASL ANCHE PER GLI "ESTERNI"

In materia di corsi di aggiornamento accreditati ECM, si ricorda che esiste un accordo fra l'Ordine dei Medici di Firenze e l'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze secondo il quale gli eventi formativi organizzati dall'Azienda per il proprio personale dipendente e convenzionato sono aperti anche alla partecipazione di medici e odontoiatri "esterni", cioè non operanti nel SSN, a fronte di un modesto contributo per il rimborso delle spese organizzative. Si tratta di una vantaggiosa opportunità che consente anche ai colleghi non operanti nel SSN di frequentare eventi formativi di qualità a costi molto contenuti. Per prendere visione dei corsi organizzati dall'Azienda e per iscriversi, è sufficiente consultare il sito internet www.asf.toscana.it alla pagina "Formazione e concorsi" e poi alla pagina "Corsi di formazione". Per maggiori informazioni è possibile rivolgersi alla Sig.ra Elena Gufoni al n. 055.6263686 oppure per email: elena.gufoni@asf.toscana.it. L'Ordine dei Medici ringrazia il proprio delegato Dott. Vittorio De Leonardis, referente di questa iniziativa.



CONVEGNI E CONGRESSI

DIAGNOSI E TERAPIA DELLA MALATTIA DI FABRY E CARDIOMIOPATIE GENETICAMENTE DETERMINATE

Il Congresso tratta una malattia rara, quella di Anderson-Fabry, e si terrà il giorno **7 Maggio 2009** a Firenze, presso la Sala Verde Del Palazzo dei Congressi. Referenti scientifici: Franco Cecchi, Walter Borsini; Fabrizio Martinelli. L'iscrizione è gratuita e comprende: Kit congressuale, attestato di partecipazione, attestato E.C.M. (agli aventi diritto), coffee break, colazione di lavoro. Elenco Docenti: Giuseppe Ambrosio (PG), Walter Borsini (Firenze), Mauro Ciaccheri (FI), Roland Cimaz (FI), Franco Cecchi (FI), Lino Cirami (FI), Antonio Federico (SI), Anna Frullini (FI), Andrea Frustaci (RO), Gianfranco Gensini (FI), Dominique Germain (Parigi), Fabio Lattanzi (PI), Fabrizio Martinelli (FI), Renzo Mignani (Rimini), Gloriano Moneti (FI), Amelia Morrone (FI), Iacopo Olivotto (FI), Nicola Pimpinelli (FI), Claudio Rapezzi (BO), Aurelio Sgambro (FI), Andrea Sodi (FI), Francesca Torricelli (FI), Paolo Verdecchia (FI). Info: Segreteria Org.va Tel. 055 4364475 Fax 055 4222505. E-mail: congressi@mcrservice.it - www.mcrservice.

IX RIUNIONE ANNUALE ASSOCIAZIONE EPATOLOGI DELLA TOSCANA

Il convegno si terrà a Villa Cappugi a Pistoia il **28 maggio 2009**. Argomenti principali: HBV: Linee guida della profilassi/terapia della riattivazione HBV, gestione del paziente candidato al trapianto epatico, counselling terapeutico del paziente HBV, coinfezione HBV/HCV, celiachia. Le sedute vedranno la presentazione di casi clinici. Alcuni casi clinici, ritenuti di particolare interesse, verranno presentati a tavoli di lavoro con successiva esposizione in seduta plenaria. Il convegno è gratuito per i soci dell'Associazione Epatoologi della Toscana (quota di iscrizione 20 € anno). È stato richiesto accreditamento ECM. Per maggiori informazioni: www.epatologitoscane.org.

CORSI E SEMINARI

ASPETTI GIURIDICI DEL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA SANITARIA

Corso di Area Vasta promosso dagli animatori di Formazione regionale, settore Emergenza-Urgenza in collaborazione con giuristi esperti di settore. Crediti ECM. Il corso di articolerà in 13 edizioni complessive e si svilupperà nel corso dell'anno 2009-10 a partire dal mese di **Maggio 2009**. Ogni edizione di sviluppa in 2 giornate. Il programma prevede la trattazione di casi clinici. Info: Area Vasta Centro: dr.ssa Maria Gori: Tel. 055.2006925, Sig.ra Zoppi Tel. 055 2006927, mariachiara.gori@asf.toscana.it; Area Vasta Nord: Sig.ra Bandoni tel: 0584.6057216, b.bandoni@usl12.toscana.it; Area Vasta Sud Sig.ra M.L. Davella tel. 0575.254187, e-mail: ml.davella@usl8.toscana.it

TERAPIE COMPLEMENTARI PER L'ANZIANO "FRAGILE"

Il seminario dal titolo: Terapie complementari per l'anziano "fragile", Tra mente e corpo, comprendere il linguaggio dei sintomi, è organizzato dall'Associazione Medici Scandicci e da A.M.I.C.O Associazione Medicina Integrata e Cultura Omeopatica, con il patrocinio dell' Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze e dell'Asl Firenze Centro di Riferimento MNC Regione Toscana. Il seminario si terrà a Firenze in data **16 maggio 2009** presso il Chiostro del Maglio c/o Caserma Redi - Via Venezia, 5. Relatori: Emanuela Bavazzano, Daniela Bensi, Maurizio Benucci, Stefania Biondo, Enrica Campanini, Renzo Cisbani, Enrico Dall'Anese, Edoardo Felisi, Vittorio Mazzei, Silvio Spinelli, Massimo Tilli. Moderatori: Nicola Campobasso, Giorgio Di Leone, Francesco Laganà, Giuseppe Tagliente. La quota di iscrizione: Intera: 100,00 € + Iva Soci A.M.I.C.O. e A.Gi.Far: 80,00 € + Iva. Chiusura iscrizioni 5 maggio 2009 - Crediti ECM richiesti. Segreteria Org.va Tel: 02.92871496 - 02.92871500 Fax: 02.91436853. E-mail corsi: amicoseminari@chronosform.com. Sito web: www.amicomeopatia.it Blog: www.amicomeopatia.blogspot.com

TECNICHE SANITARIE DI PROTEZIONE CIVILE

Presso la Chirurgia d'Urgenza dell'Università degli Studi di Pisa viene organizzato questo Corso di Perfezionamento, che si terrà **dal 10 al 14 giugno 2009**, riservato a laureati in Medicina e Chirurgia, diplomati in Scienze Infermieristiche ed agli infermieri professionali, che operano nell'area dell'emergenza. I posti sono 20. Le domande di iscrizione devono essere presentate prima della scadenza del 14/05/2009. E.C.M. richiesti. Segreteria scientifica: 050/99.25.32 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00.

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA

XXII Corso Interattivo di Ecografia Internistica. Castello di Gargonza, Monte San Savino (AR), **30 maggio - 3 giugno 2009**. Direttori: Marcello Caremani e Fabrizio Magnolfi, Servizio di Ecografia - Ospedale di Arezzo (Tel. 0575/255208 - Fax 0575/255205). Corso teorico-pratico di base e di aggiornamento. I principali argomenti sono rappresentati da: fegato, vasi portali, colecisti e vie biliari, pancreas, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, linfonodi, organi genitali femminili, polmone, traumi addominali, aorta, ecografia interventistica diagnostica e terapeutica, eco-color-Doppler, ecografia con contrasto (CEUS), tecnica dell'esame. All'edizione 2008 sono stati attribuiti 29 crediti ECM. Informazioni Segr. Org.va: Tel 0575.380513/348.7000999 Fax 0575.981752. E-mail: info@ultrasoundcongress.com - www.ultrasoundcongress.com.



BACHECA

Pubblichiamo solo alcuni dei numerosi annunci consultabili sul sito dell'ordine: www.ordine-medici-fiorenze.it pagina BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: Affitti professionali, Cessione attività, Collaborazioni non mediche, Iniziative tempo libero, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni, Sostituzioni odontoiatri.

CESSIONE ATTIVITÀ

- Studio dentistico monoutente, moderno ed avviatissimo cedesi a Scandicci. Cell. 333.1164751. E-mail: studiodentistico@email.it.
- Scandicci zona pedonale cedesi monostudio dentistico in appartamento condiviso con altri professionisti. Avviamento 6 anni. Richiesta costo attrezzatura per impossibilità a gestirlo. Solo se seriamente interessati. Cell. 333.2650241.
- Odontoiatra cerca studio da rilevare previo affiancamento nella zona di zona Firenze e provincia. Cell. 333.8845104 in ore serali. E-mail: odonto77@gmail.com.
- Odontoiatra laureato nel 2007 cerca studio dentistico da rilevare nelle provincie di Firenze, Pisa, Lucca e Pistoia. Il subentro o l'eventuale associazione deve avvenire previo affiancamento e praticantato collaborativo. La durata e la minima retribuzione dell'affiancamento sono da concordare. Si garantisce massima serietà e professionalità. Cell. ore pasti 346.8485596.
- Laboratorio analisi cliniche, regolarmente autorizzato, non convenzionato, svolge anche analisi delle acque, degli alimenti e dell'ambiente. Unico sul territorio (Isola d'Elba). Viene ceduto per raggiunti limiti di età. Offerta veramente interessante. Tel. 0565.916770 oppure ore pasti 0565.915493.
- Marta Casalone Rinaldi abilitata alla professione è disponibile per sostituzioni a mmg nella zona del Valdarno e di FI, servizi sportivi, servizi in strutture assistenziali e turistiche, colonie estive, prelievi o giornate di donazioni di sangue. Cell. 338.1081560. E-mail: marta_casalone@virgilio.it.

SOSTITUZIONI A MMG

- Cecilia Barbini, abilitata alla professione di medico chirurgo, comunica la propria piena disponibilità ad effettuare sostituzioni a mmg, pediatri di libera scelta, guardie mediche in strutture private, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, colonie estive, prelievi o giornate di donazioni di sangue. Cell. 334.3585259. E-mail: b.cecilia83@yahoo.it.
- Poggioni Claudio, abilitato alla professione di medico chirurgo, comunica la propria disponibilità ad effettuare sostituzioni di medicina generale, assistenza medica a competizioni sportive, servizi in strutture assistenziali (sia pubbliche che private) e turistiche. Cell. 347.8545106. E-mail: ClaudioPoggioni@virgilio.it.
- Laurea in medicina e chirurgia con Lode e medaglia (Università di Genova, 1994) Abilitazione Nov 1994 Servizio Militare assolto 1995 (Ufficiale Medico) Specializzazione in ORL (50/50 con Lode, Università di Genova, 2000) Fellowship in Otologia (Auckland, 2001) Medico Generalista a con interesse ORL (tempo pieno dal 2002 ad oggi) E-mail al seguente indirizzo: cervoni@yahoo.com Disponibile a trasferimento.
- Felice Galluccio si rende disponibile per sostituzioni e collaborazioni in studi medici, per guardie mediche e per assistenza medica in eventi sportivi. Cell. 388.1680140. E-mail: il_florentino@hotmail.com.
- Michele Mercuri abilitato alla professione di medico chirurgo, comunica la propria disponibilità per sostituzioni di mmg, guardie mediche in strutture private, servizi sportivi, prelievi in Firenze e provincia. Tel. 347.2117469. E-mail: mikymerc@yahoo.com.
- Dr.ssa Palloni si rende disponibile per sostituzioni e collaborazioni in studi medici nella provincia di FI e PO. Contattare il Cell. 333.7565596.

OFFERTE LAVORO

- Cerco odontoiatra per collaborazione in endo, conservativa, sbiancamenti, igiene e urgenze. 2-3 pomeriggi/settimana a Pontassieve. Scrivere mail con n. di telefono. E-mail: info@antoniofarnararo.it.

OFFERTA STRUMENTI

- Vendo RVG ai fosfori sistema DIGORA OPTIME della SOREDEX ultimo modello acquistato a novembre 2008, usato pochissimo, compreso di pellicole di tutte le dimensioni e di numerosi pacchetti di copripellicole, incluso ovviamente il sistema software per Windows. Presso comprensivo di Iva: 3500,00 affare. E-mail: dr.morabito@live.it.
- Vendo apparecchio Hydrofor rev. 3 nuovissimo con rulli dispenser in metallo per elettroporazione ottimo prezzo. Cell. 347.4953894. E-mail: cristina.abboni@tiscali.it.
- Per cessata attività vendesi alcuni strumenti e oggetti per studio odontoiatrico in Firenze. Cell. 360.481000.

COLLABORAZIONE TRA MEDICI

- Giovane odontoiatra laureata a Pavia con 110/110 e lode e frequentante il corso annuale di endodonzia di Arnaldo Castellucci e di conservativa di Roberto Spreafico offre collaborazioni di igiene, pedodonzia, conservativa, endodonzia, chirurgia estrattiva a Prato, Firenze e dintorni. per invio curriculum contattare: e-mail: nina91084@yahoo.it. Cell. 328.9456536.
- Odontoiatra esperienza decennale offre collaborazione presso studi dentistici in Firenze, Prato e comuni limitrofi. Tel. 055.4200397. E-mail: marco.visani1967@libero.it.
- Odontoiatra, specializzato in implantologia, offre collaborazione nelle provincie di Firenze, Prato, Lucca, Arezzo, Pisa. Provvisto di propria attrezzatura. Cell. 331.4069353.
- Medico chirurgo specialista in odontostomatologia esperienza ventennale disponibile per collaborazioni di endodonzia piccola chirurgia conservativa anche estetica protesi fissa mobile e su impianti, odontoiatria biologica (diploma triennale in omeopatia e omotossicologia) posturologia in Firenze, Prato, Lucca, Pistoia, Pisa. Cell. 348.2261297.
- Dirigente Medico Cure Primarie della Asl di Firenze prossimo al pensionamento, in possesso del diploma di specializzazione in Igiene Or. Sanità Pubblica ed Or. Laboratorio, valterebbe eventuali proposte di lavoro come Direttore Sanitario. Tel. 055.7878064, Cell. 339.5720613. E-mail: stefano.curatolo@aliceposta.it.
- Felice Galluccio, laureato con 110 e lode, master con 110 e lode presso l'università di Firenze si rende disponibile per sostituzioni e collaborazioni in studi medici, per guardie mediche e per assistenza medica in eventi sportivi. E-mail: felice.galluccio@giovanibiomedici.it. Cell. 388.1680140.
- Marranci Niccolò si rende disponibile per sostituzioni di medicina generale e guardie mediche per la zona di FI, Scandicci, Sesto Fiorentino e Mugello. Cell. 347.0185112.

*La realizzazione e la distribuzione di questo numero è resa possibile grazie al contributo di **Schering-Plough - Organon Salute della Donna***

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

Manfredo Fanfani
**LA TAVOLA
DELL'ULTIMA CENA**

Dal linguaggio figurativo
al valore mediatico
dell'immagine.
L'evoluzione degli usi conviviali.



Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

Cardio T/C

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

