

Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli
Odontoiatri
della Provincia di Arezzo

agosto 2006
anno 5 - numero **14**

TEMI DI APPROFONDIMENTO

La sostenibilità della diagnosi per immagini:
i rischi dietro i benefici
pag. 3

ORGANIZZAZIONE SANITARIA

La prima casa della salute nasce a
Castiglion Fiorentino
pag. 22

MEDICINA E SPORT

Il medico di famiglia ed il problema doping
pag. 26

IL CESALPINO

Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Arezzo

Agosto 2006

anno 5 - numero 14

Comitato editoriale e redazione

Consiglio provinciale dei medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
Presidente: Raffaele Festa

Direttore responsabile

Roberto Romizi

In redazione

Amedeo Bianchi, Armando
Bonelli, Alberto Cinelli,
Luigi Giannini, Piero Pieri,
Luciano Ralli, Silvana Saullo,
Mauro Sasdelli

Coordinatore redazionale

Cesare Maggi

Segreteria redazionale

Marco Cerofolini
c/o Ordine dei medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Viale Giotto, 134
52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 22724
fax (+39) 0575 300758
mail: chirurgi@omceoar.it
www.omceoar.it

Impaginazione

progetto grafico e stampa

L.P. Grafiche s.n.c.
Via Fabio Filzi, 28
52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 907425
fax (+39) 0575 941526
mail: info@lpgrafiche.it
www.lpgrafiche.it

Aut. Trib. n° 7 - 2001
del registro stampa
n° 522/2001

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista.

In copertina:

ANDREA CESALPINO

(Arezzo 1519 - Roma 1603)
Medico, botanico, filosofo aristotelico, medico di Papa Clemente VII; importantissime furono le sue osservazioni sulla circolazione del sangue.

Retro copertina:

S. MARIA DELLA PIEVE

Monumento caratteristico dell'arte romanica aretina ricostruito tra la seconda metà del XII secolo ed i primi decenni del XIV secolo.

Sommario

editoriale

- 1** Comunicazione in medicina e ruolo dei medici
Raffaele Festa

temi di approfondimento

- 3** La sostenibilità della diagnosi per immagini: i rischi dietro i benefici
Eugenio Picano
- 12** Tubercolosi e artrite reumatoide
Laura Mencarini

ricerca

- 14** Sindrome dell'ovaio policistico e diabete mellito tipo II
Ada Delia, Maria Concetta Musacchio, Giuseppe Morgante, Roberto Cazzavacca, Vincenzo De Leo

filosofia della medicina

- 17** Alcune riflessioni sul rapporto tra piacere e salute
Stefano Beccastrini

organizzazione sanitaria

- 22** La prima casa della salute nasce a Castiglion Fiorentino
Bruno Benigni
- 23** Medici di famiglia, progetto "Enea" e casa della salute
Piero Angori, Danilo Brocchi, Marco Conti, Marcello Failli, Flavio Calzini, Giuseppe Lovrencie, Ugo Faralli, Mauro Pellegrini

medicina e sport

- 26** Il medico di famiglia ed il problema doping
Tommaso Regi

hanno scritto

- 30** Prescrizioni dei farmaci "off label": quali problemi per il medico?
Giuseppe Miserotti

leggi decreti circolari fnomceo e enpam

- 32** Ridotta la ripetibilità delle ricette per gli ansiolitici
- 33** Garante per la protezione dei dati personali: informativa semplificata per i medici di base
- 39** Commissione Sanità Toscana

diranno

- 40** Comunicazione e qualità dei rapporti tra medici, con i pazienti e con i media

E **DITORIALE** **COMUNICAZIONE IN** **MEDICINA E RUOLO** **DEI MEDICI**

Una delle tematiche più attuali e pressanti della medicina del nostro tempo è indubbiamente la comunicazione. Infatti si avverte sempre di più, ad ogni livello, la necessità, ma anche la utilità, di un dialogo completo e consapevole tra medico e paziente, tra medici e l'informazione mediatica. Invero, in questi ultimi decenni, i rapporti tra queste componenti sono radicalmente mutati, per una profonda trasformazione sia della domanda di salute che della offerta. Il cittadino "utente", per una indubbia crescita culturale e sociale che tende ad attenuare l'asimmetria informativa caratteristica del passato, non è più il soggetto passivo delle decisioni del medico. Consapevole dei propri diritti e portatore di un bagaglio di conoscenze derivate da una sempre più massiccia informazione di varia provenienza, l'utente tende sempre più ad assumere un ruolo decisionale riguardo ai propri problemi di salute. L'informazione mediatica, la carta stampata e soprattutto internet hanno creato le condizioni per le quali quotidianamente una massa enorme di notizie vengono fornite ai cittadini: dalle tecnologie più avanzate, ai farmaci più recenti, dalle patologie rare alla cosiddetta "malasanità". Pur sottolineando che talvolta l'informazione non è corretta e trasparente o che può creare difficoltà di comprensione con il conseguente pericolo di errate interpretazioni, bisogna prendere atto che comunque sono stati creati i presupposti per una crescita culturale e sociale dei cittadini. A fronte di una maggiore consapevolezza del proprio diritto ad essere informati, consegue, da parte di questi ultimi, la logica della messa in atto di quegli strumenti di autotutela ritenuti più opportuni, su cui costruire la propria sicurezza nell'affrontare problemi di salute. In ultima analisi, si potrebbe affermare che in questa nuova condizione, ognuno tende a costruirsi un personale spazio di salute tendente ad adottare un percorso di personalizzazione dei propri bisogni, con un approccio consapevole ed informato sui percorsi diagnostici e terapeutici. In tale ottica, appare di tutta evidenza la necessità che il medico adegui il suo atteggiamento alla nuova realtà. Non basta più agire secondo scienza e coscienza come per il passato, ma si impone l'imperativo del dialogo aperto con il paziente, di una comunicazione completa, accessibile e corretta tra le parti. Va tenuto altresì presente che, a volte, il paziente ha già acquisito, dalle solite fonti, informazioni sulle quali desidera ottenere dal medico conferma o certezze ove possibili. Donde la necessità di un attento ascolto, di una disponibilità a dialogare, dedicando una parte del proprio tempo ad un interlocutore abbinabile di essere informato ed anche rassicurato. A prescindere, inoltre, dal valore umano del dialogo, questa è anche la strada da percorrere, se si vuol contribuire a ridurre il contenzioso medico - paziente che tanti danni provoca, molto spesso per malintesi o per incomunicabilità tra le parti. Un medico che sa ascoltare, che parla con l'utente fornendo ogni informazione utile a spiegare le proprie scelte, corre, con molta probabilità, un rischio decisamente minore di contenziosi.

Un secondo aspetto dell'essenzialità della comunicazione concerne il dialogo tra i medici, sia che si tratti di unità operative diverse nello stesso nosocomio che di rapporti tra medici dipendenti, convenzionati o liberi professionisti. Sembra inverosimile che il dialogo tra queste figure professionali sia andato rarefacendosi, fino al punto di essere quasi azzerato. Senza dubbio è riprovevole che questa assenza di comunicazione, renda difficile la creazione di rapporti costruttivi, di collegiale collaborazione, utili e necessari per una migliore funzione del servizio nell'interesse dei pazienti. Al contrario, spesso ci si trova a fronteggiare situazioni conflittuali per antagonismi personali assurdi e perniciosi, ancora peggio, per sleali motivi di accaparramento di clientela o di acquisizione di benevolenza a vari livelli. Siffatti comportamenti creano sfiducia e rischiano di destabilizzare il sistema sanitario, creando titubanze e sconcerto nei cittadini, talvolta vittime incolpevoli di questo non dialogo. È appena il caso di accennare, in ultima analisi, anche alle pesanti, possibili ripercussioni economiche conseguenti, per esempio, ad inutili ripetizioni di indagi-

ni diagnostiche, ad ingiustificate prescrizioni di terapie sostitutive di quelle in atto, alle eventuali conflittualità tra medici e tra medici e cittadini che un dialogo leale e collaborativo potrebbe evitare.

Nel rapporto medico cittadino si inserisce molto frequentemente, come già accennato, un terzo elemento di non facile controllo quale è l'informazione attraverso la carta stampata, i canali televisivi ed internet. Quotidianamente viene rovesciata sull'utente una incontrollabile, enorme massa di notizie, a volte corrette, spesso approssimative e tendenziose, oltre che interessate. La enorme rilevanza assunta da questi mezzi, con la loro indiscutibile capacità di suggestione, pone la necessità di verifiche opportune perché l'informazione sia corretta e trasparente, non soggetta ad interessi di parte, personali e non indulgenti a mode occasionali. Se questo dovesse accadere, non si porrebbero le condizioni per una sempre migliore crescita culturale e sociale, ma si potrebbero creare i presupposti per una strisciante ma irreversibile crisi della medicina, non più regolata dal ragionamento scientifico, ma da suggestioni emotive od interessate. Ne conseguirebbero soltanto pericoli e danni per gli incolpevoli utenti del sistema.

Al fine di approfondire queste tematiche sinteticamente accennate, l'Ordine ha ritenuto opportuno organizzare una iniziativa formativa, a tutto campo, sul tema della comunicazione, che si realizzerà attraverso una giornata introduttiva già programmata per il prossimo 2 dicembre (vedi programma a parte) e che proseguirà con tre convegni successivi dedicati rispettivamente ai rapporti tra medici, con i pazienti e con i media.

È evidente la rilevanza dei temi e ci si attende una attiva partecipazione a questi eventi.

Raffaele Festa

Presidente Ordine Medici di Arezzo

LA SOSTENIBILITÀ DELLA DIAGNOSI PER IMMAGINI: i rischi dietro i benefici

Eugenio Picano

Dirigente di Ricerca del Consiglio Nazionale delle Ricerche
Responsabile laboratorio Ecocardiografia Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa
Direttore Scientifico Cardiologia e Cardiochirurgia, Clinica Cardiologica MonteVergine (Avellino)

Per corrispondenza:
Dr. Eugenio Picano
Consiglio Nazionale delle Ricerche Istituto di Fisiologia Clinica
Via Giuseppe Moruzzi, 1 - 56124 PISA

picano@ifc.cnr.it

Il Rinascimento della diagnostica per immagini

Viviamo in cardiologia in una vera età dell'oro della diagnosi, un Rinascimento tecnologico dove molte tecniche di immagine coesistono e virtuosamente competono in un'incessante corsa alla diagnosi perfetta – senza rischi e senza errori. Le metodiche di immagine sono basate su energia ionizzante (e quindi con biorischi per il paziente e l'operatore, come radiologia e medicina nucleare) o non ionizzante (e quindi generalmente ritenute innocue per il paziente e l'operatore, come l'ecografia e la risonanza magnetica). Potremmo chiamarle "rosse" (ionizzanti) o "verdi" (non ionizzanti, senza debito ecologico). Un'altra distinzione importante è tra imaging "leggero" (con strumenti portatili, a basso costo, che richiedono competenze e addestramento limitati) e "pesante" (con apparecchi ingombranti, complessi, costosi, immobili, il cui utilizzo richiede competenze multidisciplinari, addestramenti lunghi e restrizioni logistiche). L'ecocardiografo portatile da 2 kg, del costo di poche migliaia di euro, con cui si addestrano oggi gli studenti del quarto anno di medicina, è il paradigma dell'imaging verde e leggero; la CT-PET, apparecchio da milioni di euro che richiede la coabitazione di radiologi, medici nucleari, fisici medici e oncologi in ambienti con rigorosa pro-

tezione ambientale, è il modello di imaging rosso e pesante. Imaging verde e rosso, leggero e pesante, convivono oggi negli ambienti sanitari evoluti – ciascuno con il suo nucleo fondante di valore aggiunto clinico e con il suo alone indistinto di utilizzi impropri e/o poco meditati. Le quattro sorelle dell'immagine – radiologia, medicina nucleare, ecografia, risonanza magnetica – si spartiscono un mercato planetario che era di circa 2 miliardi di esami/anno nei primi anni '90 e si stima oggi attorno ai 5 miliardi di esami/anno. ■

Le linee guida europee e nazionali: il bisogno di appropriatezza

Lo spettacolare progresso delle tecnologie nel campo della diagnostica per immagini ha messo a disposizione del clinico un armamentario diagnostico sempre più dettagliato ed accurato ma ciò non è stato accompagnato da una crescita di qualità e razionalità nel suo utilizzo. L'utilizzazione impropria, spesso a tappeto (tutto a tutti), senza adeguata percezione di limiti e controindicazioni di ciascuna metodica, ha portato a incrementi di spesa senza paralleli incrementi di qualità della cura. L'uso permissivo di questi esami – con benefici sempre più marginali a fronte di costi sempre più esorbitanti – rappresenta un lusso che neanche le econo-

TEMI DI APPROFONDIMENTO



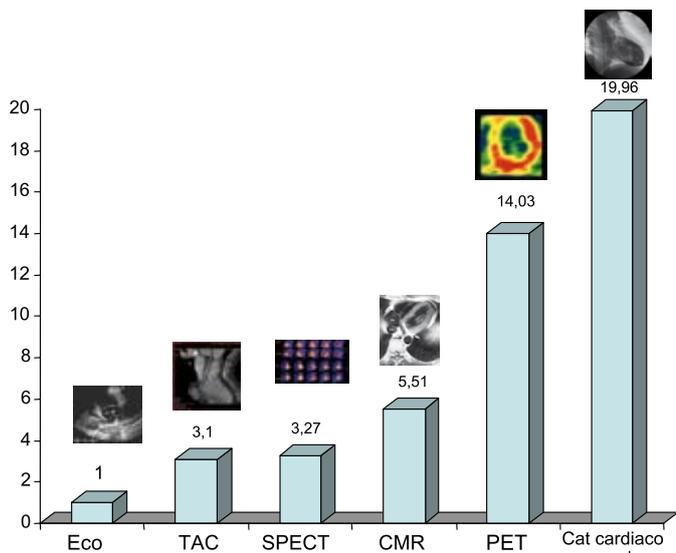


Fig. 1

Il costo relativo delle varie tecniche di immagine in cardiologia. Il costo è espresso in multipli dell'esame più economico (l'ecografia) posto uguale a 1. Modificata da ref 7, Pennell et al, linee guida dell'imaging con risonanza magnetica cardiovascolare della Società Europea di Cardiologia.

da - restano a plateau². Appare ormai molto ben chiaro che se le nuove tecnologie vengono adoperate indiscriminatamente, l'impatto può essere "minimo per molti pazienti, deleterio per alcuni, e inaccettabilmente costoso per la società"². Le recenti Direttive della Commissione Europea sull'Imaging Medico del 2001³ e le linee guida nazionali di riferimento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e dell'Istituto Superiore di Sanità pubblicate nel 2004⁴ hanno infatti come scopo primario la riduzione degli esami di immagine inappropriatamente richiesti ed eseguiti (oggi dal 30 al 50% di

mie più floride sembrano potersi permettere. Il numero degli esami e delle procedure terapeutiche (come l'angioplastica e il bypass) aumenta a dismisura, ma gli indicatori di qualità della cura - ad esempio per la cardiopatia ischemica negli Stati Uniti e in Cana-

toriale del Lancet lamentava "l'inondazione di richieste di esami di laboratorio", con laboratori di analisi "tutti al comando del clinico", a cui "tutto sembra gratis...". Già allora si auspicava "un uso molto più giudizioso da parte dei clinici", aggiungendo che "si spera che ciò possa essere raggiunto completamente con la pratica della buona medicina, ma la pressione economica può aiutare ad aguzzare la mente". Da allora, la pressione economica non si è certo alleggerita, eppure la discutibile logica diagnostica del "bombardamento a tappeto" (con griglie di esami preconfezionate, senza alcun riferimento a finalità diagnostiche mirate) si è inesorabilmente allargata dal laboratorio di chimica clinica a quello di immagine. ■

I costi economici della diagnostica per immagini

Il costo dei vari esami di immagine in cardiologia è rappresentato in Fig. 1 - parametrato al costo di riferimento dell'esame più economico, l'ecocardiografia. Questi valori, medi per la realtà europea⁷, già stabiliscono una ovvia cornice economica all'uso delle risorse comuni. Gli esami più costosi andrebbero utilizzati solo quando l'informazione fornita da esami più economici è insoddisfacente. Così, invece, non è, e la penetrazione delle nuove tecnologie è dettata da forze di mercato oltre che dalla necessità del paziente.² ■

I costi biologici dell'immagine: l'esposizione alla radiazione medica

L'uso di radiazioni in esami medici è la maggior fonte artificiale di esposizione a radiazioni e confrontabile con l'esposizione naturale. Le fonti mediche di radiazione erano circa un quinto della radiazione naturale nel 1987, si avvicinavano al 50% nel 1993¹ e sono arrivate a quasi il 100% della radiazione naturale nel 1997 nei paesi industrializzati.⁸ Ogni cittadino occidentale riceveva 10 anni fa l'equivalente di circa 100 radiografie del torace a testa per anno.

Fig. 2 Da allora, le procedure radio-

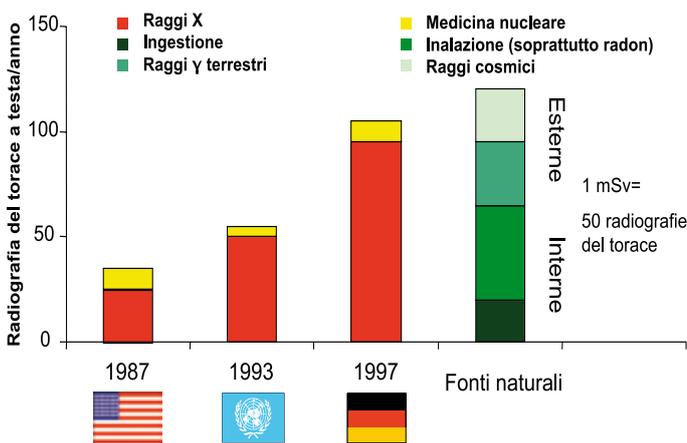


Fig. 2

La dose radiologica del cittadino medio. Già 10 anni fa, l'esposizione media da soli test diagnostici del cittadino medico delle società opulente ammontava a circa 100 radiografie del torace per anno, pari all'intera dose ricevuta da fonti naturali. Da ref. 8, sulla base di dati delle Nazioni Unite, ref. 1.

guiti con radiazioni ionizzanti, una indebita irradiazione del paziente, con un aumento della dose collettiva della popolazione" e quindi dei rischi a lungo termine.⁴

D'altra parte, il problema dell'inappropriatezza diagnostica non è certo nuovo oppure limitato ai test di immagine,⁵ se già nel 1984 un edi-



logiche – e soprattutto quelle a più alta esposizione, come la TC, la cardiologia interventistica e la scintigrafia cardiaca – hanno continuato a crescere incessantemente ad un ritmo almeno del 10% per anno:⁸ **Fig. 3.** Si consideri che – nell’ambito delle sole procedure radiologiche – TC e radiologia interventistica contribuiscono rispettivamente per il 6 e il 2% alla frequenza degli esami, ma al 47 e al 18% della dose collettiva – poiché ogni esame corrisponde a centinaia, e qualche volta a migliaia, di volte la dose di una singola radiografia.^{9,10} ■

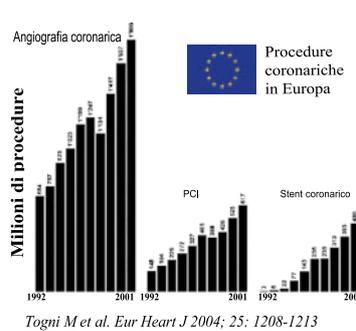
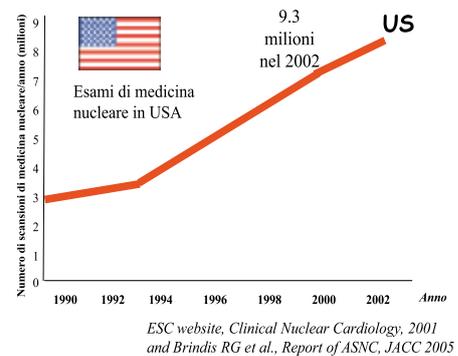
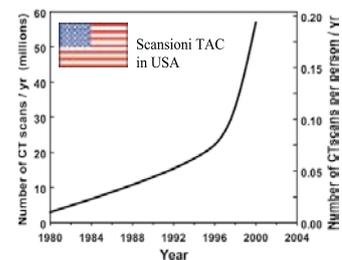


Fig. 3
Le curve di crescita del numero di esami a più alto carico radiologico: la radiologia interventistica, la scintigrafia cardiaca e la TAC. Modificata da dati originali della Società Americana di Radiologia, Società Americana di Cardiologia Nucleare, e Società Europea di Cardiologia (ref 8).



ESC website, Clinical Nuclear Cardiology, 2001 and Brindis RG et al., Report of ASNC, JACC 2005



Brenner D. Radiology 2005; 234: 968-969

I possibili rischi delle radiazioni mediche: il danno di popolazione

Gli attuali standard radioprotezionistici e le conseguenti pratiche radiologiche sono basati sulla premessa che qualunque dose di radiazione, non importa quanto piccola, può risultare in effetti negativi sulla salute.^{11,12} Questi effetti negativi comprendono lo sviluppo a lungo termine di cancro e (in misura minore) danno genetico trasmesso alla prole: **Fig. 4.**¹ Il piccolo rischio del singolo esame moltiplicato per milioni di esami diventa un significativo rischio di popolazione. Stime recentissime – ma riferite all’esposizione da radiazioni mediche dei primi anni ‘90 – valutano che dall’1 al 3% dei cancri oggi osservati nei paesi industrializzati siano causati da esposizione a radiazioni mediche:¹³

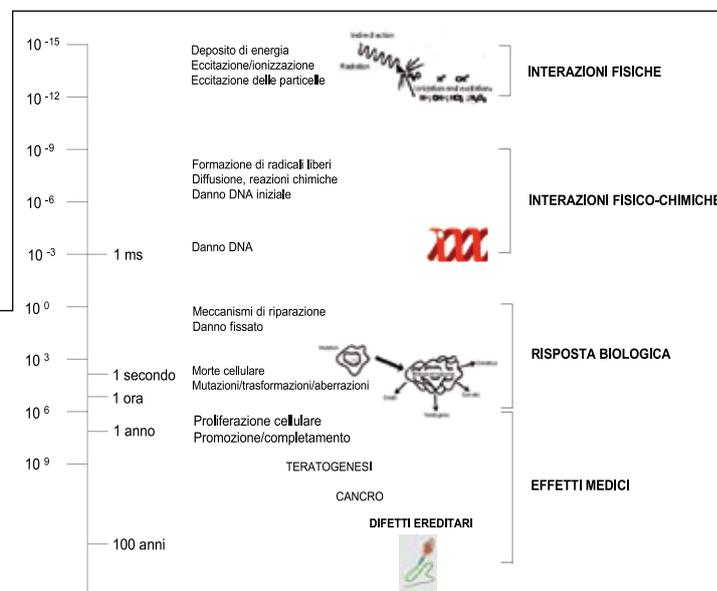


Fig. 4
La cascata di eventi alla base del danno biologico da radiazioni ionizzanti. L’interazione fisica dura pochi millisecondi; gli effetti biologici si possono manifestare dopo decenni nel singolo individuo e nella prole. Modificato da ref. 1, documento ufficiale delle Nazioni Unite sull’effetto delle radiazioni ionizzanti.

Fig. 5. Rispetto ai primi anni ‘90, l’esposizione da radiazioni mediche è oggi almeno sestuplicata.¹⁴ ■

Dosi dei più comuni esami ionizzanti: il rischio del paziente

Nella spesso convulsa pratica medica quotidiana, i rischi a lungo termine non vengono sempre pesati contro il beneficio diagnostico immediato. Il rischio oncogeno è linearmente correlato alla dose, che per comuni esami è riportata in **Tabella 1**, ed espressa in multipli di radiografie del torace e in equivalenti (in giorni o anni) dell’esposizione naturale di fondo. I valori riportati in tabella sono derivati dalle linee

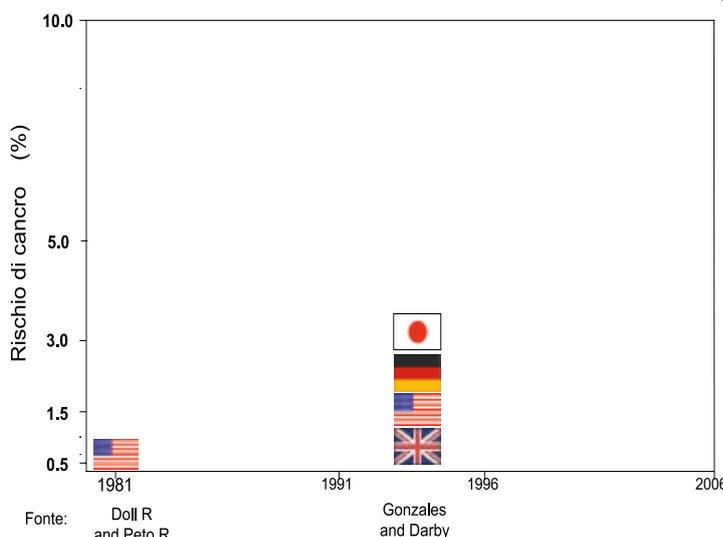


Fig. 5
Il rischio di cancro fatale legato all’esposizione a radiazioni diagnostiche. Era meno del 0.5% 30 anni fa, circa il 2% 10 anni fa e probabilmente vicino al 10% oggi. Modificato da ref. 13, De Gonzalez e Darby.



Procedura diagnostica	Equivalente Rx del torace	Equivalente radiazione naturale
RADIOGRAFIE:		
Torace (una proiezione)	1	3 giorni
Cranio	3.5	11 giorni
Colonna toracica	35	4 mesi
Colonna lombare	65	7 mesi
TAC cranio	115	1 anno
Urografia	125	14 mesi
Transito Baritato	150	16 mesi
Clisma opaco	350	3.2 anni
TAC torace	400	3.6 anni
TAC addominale	500	4.5 anni
AngioTAC coronarica multistrato	750	6 anni
Angioplastica con stent	1250	11 anni
SCINTIGRAFIE:		
Polmonare	50	6 mesi
Renale	50	6 mesi
Tiroidea	50	6 mesi
PET cardiaca flussi basale-stress con ammoniaca (N-13 NH3)	75	9 mesi
PET cardiaca metabolismo con fluorodeossiglucosio (18-F FDG)	175	21 mesi
Ossea	200	1.8 anni
PET en cefalo (F-18 FDG)	250	2.3 anni
Vent ricolografia	300	2.7 anni
Cardiaca da stress	500	4.6 anni
Cardiaca con tallio	1150	10 anni e 6 mesi
ECOGRAFIA	0	0
RISONANZA MAGNETICA	0	0

Tabella. 1

Dosi radiologiche di frequenti esami eseguiti a scopo diagnostico.

Le dosi radiologiche qui riportate sono quelle del Documento "Protezione dalle radiazioni 118" della Commissione Europea 2000. Per la scintigrafia cardiaca da stress e la scintigrafia cardiaca con tallio, le dosi sono derivanti dai deliberati dell'International Commission of Radiological Protection. Nelle scintigrafie l'isotopo impiegato è il Tecnezio-99m, quando non altrimenti specificato (Tallio o FDG, fluorodeossiglucosio).

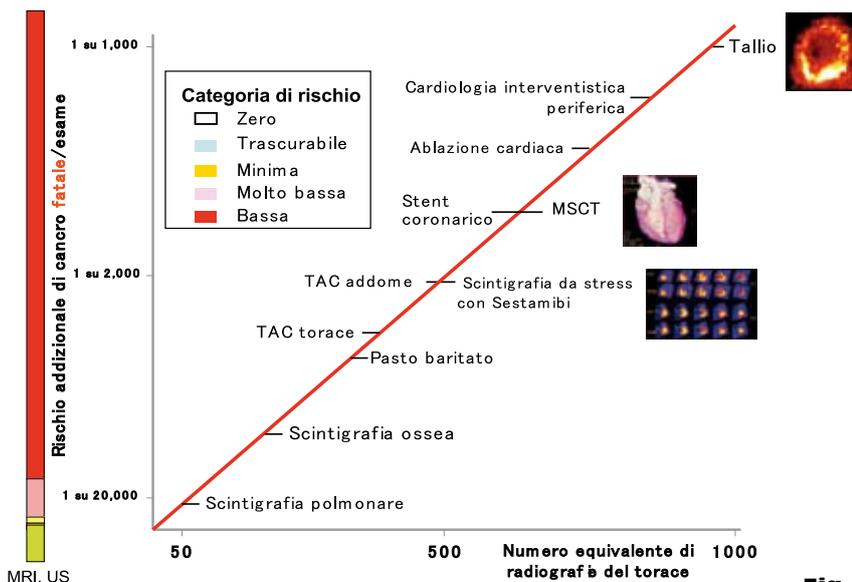


Fig. 6

Dosi (in multipli di radiografie del torace, sulle ascisse) e rischio di cancro fatale per pazienti esposti corrispondente a comuni esami radiologici e medico-nucleari. Modificato dalla ref. 15, e basato sui dati originali dell'International Commission on Radiation Protection, ref. 11.

guida europee³ e italiane⁴ sull'ima-
ging, o dalla letteratura più recen-
te per gli esami di ultima genera-
zione.^{16,17} Si vede bene che in molti
casi – come la scintigrafia, la TC o
la radiologia interventistica – l'espo-
sizione per singolo esame è tutt'al-
tro che trascurabile, e nell'ordine di
centinaia o migliaia di radiografie
del torace. L'esposizione radiologi-
ca di un'angio-TC coronarica è, ad
esempio, di 750 radiografie del to-
race.¹⁶ Quella di una ventricologra-
fia con coronarografia ed angioplas-
tica con impianto di stent è di oltre
1000 radiografie del torace.¹⁷

Tali valori sono da considerare di ri-
ferimento, e spesso nella pratica
clinica si riscontra una estrema va-
riabilità.^{3,4} La eterogeneità di dose
è poi massima proprio in radiolo-
gia interventistica e in elettrofisio-
logia. Per un singolo stent coronari-
co l'esposizione al singolo paziente
può oscillare tra 300 e 7.000 radio-
grafie.¹⁶ Le cause di eterogeneità
sono molteplici: l'abilità dell'opera-
tore; l'anatomia coronarica del pa-
ziente; la qualità e modernità delle
apparecchiature radiologiche im-
piegate. Il livello di esposizione è
soprattutto legato al livello di con-
sapevolezza radiologica del labora-
torio. Se un laboratorio sviluppa la
cultura della sicurezza, ottiene lo
stesso risultato diagnostico o tera-
peutico con molto meno dispendio
di radiazioni.¹⁸ Il risparmio di dose è
un atto concreto, e importante, di
prevenzione oncologica. La **figura 6**

esprime infatti la relazione – linea-
re, senza soglia – tra dose (in multi-
pli di radiografie del torace) e dan-
no (in rischio di cancro fatale). Non
solo la dose è media per ogni esa-
me, ma anche il rischio di danno è
medio per ogni paziente. La stima
di rischio raddoppia se oltre al can-
cro fatale (unico evento considera-
to sull'asse delle ordinate in **fig. 6**)
si considera anche il cancro non-fa-
tale:¹² secondo le ultime aggiorna-
te e autorevolissime stime 2005 del
Comitato per lo studio degli effet-
ti biologici delle radiazioni ionizzan-
ti BEIR (Biological Effects of Ionizing
Radiation), per ogni cancro fatale c'è
un cancro non-fatale, e la retta che
lega la dose al rischio diventa così

assai più ripida **Fig. 7**. La “retta del rischio” è poi in realtà una semplificazione idealizzata su un paziente medio: per ogni data dose, il rischio varia molto in funzione dell’età (minore nell’anziano rispetto all’adulto) e del sesso (maggiore nella donna rispetto all’uomo, a tutte le età della vita). I bambini sono a rischio molto più alto rispetto agli adulti perché hanno cellule in divisione rapida e hanno una maggiore aspettativa di vita al momento dell’esposizione. Per una stessa esposizione radiologica, il bambino di 1 anno ha una probabilità 10-15 volte maggiore rispetto all’adulto di 50 anni di sviluppare un cancro.¹² Queste stime di rischio sono state di recente corroborate da studi di citogenetica umana, che hanno mostrato un raddoppio del numero di aberrazioni cromosomiche nei linfociti circolanti di giovani adolescenti sottoposti a cateterismo cardiaco in età pediatrica. Le aberrazioni cromosomiche sono per il rischio di cancro quello che la placca carotidea rappresenta per l’arteriosclerosi: un end-point intermedio di malattia e un predittore di rischio a lungo termine.¹⁹ Si vede bene nella **figura 7** che il rischio nel singolo esame può essere tutt’altro che trascurabile, specialmente alla luce della natura cumulativa del danno: esame si aggiunge ad esame, dose a dose, rischio a rischio. Con una dose cumulativa di 5000 radiografie del torace, si sviluppa 1 cancro su 100 esposti: di questi 100, 42 avranno comunque il cancro indipendentemente dall’esposizione:¹² **Fig. 8**. La totale e spensierata dipendenza dall’immagine dei nostri percorsi diagnostici può portare ad esempio a ripetere in maniera seriatà l’esame (TC o scintigrafia) in pazienti con una malattia benigna, come una colica renale o una coronaropatia cronica stabile, con dosi cumulative che arrivano fino a 5.000-15.000 radiografie del torace, per singolo paziente, per singola patologia, e a volte per singolo ricovero.²⁰ ■

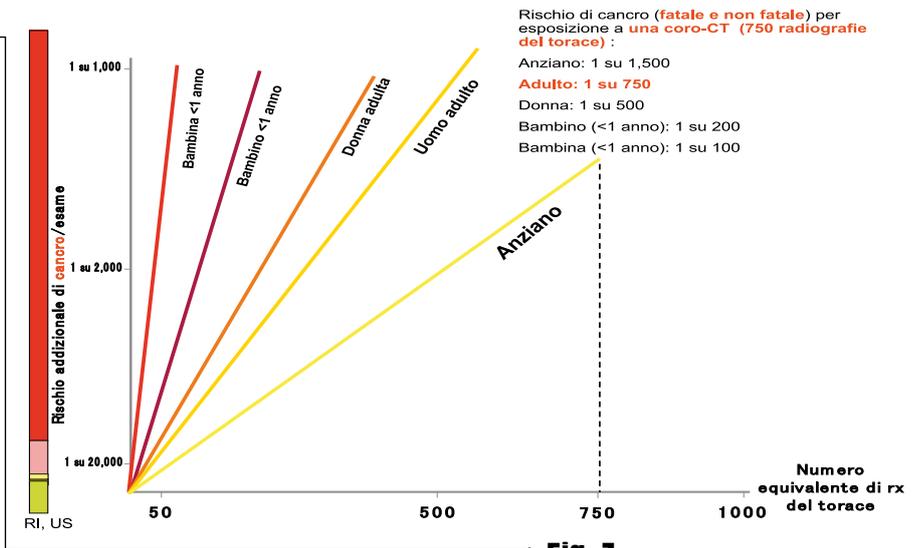


Fig. 7

Il rischio di cancro (fatale e non fatale) legato all’esposizione a radiazioni diagnostiche, stratificato in funzione dell’età e del sesso. L’esposizione di una angio-TAC coronarica (750 radiografie del torace) dà il rischio di un cancro su 750 esposti nell’adulto e 1 su 100 nella bambina <1 anno. Modificato dalla ref 15, e basato sui dati originali della Commissione BEIR VII, 2005 (ref 12).

Il fuoco amico: esposizione dei medici

Con l’esplosione delle tecniche radiologiche in cardiologia, come le procedure di stent coronarico e l’ablazione delle aritmie, oggi i medici più esposti sono in assoluto

proprio i cardiologi, circa 4 o 5 volte più esposti rispetto ai radiologi.¹⁸ Ogni anno, la dose radiologica ricevuta da un cardiologo interventista a medio-alto volume è circa 200-300 radiografie del torace.¹⁸ E più sono esperti, più sono bravi, più raggi prendono – in un campo in cui l’esperienza è qualità del-

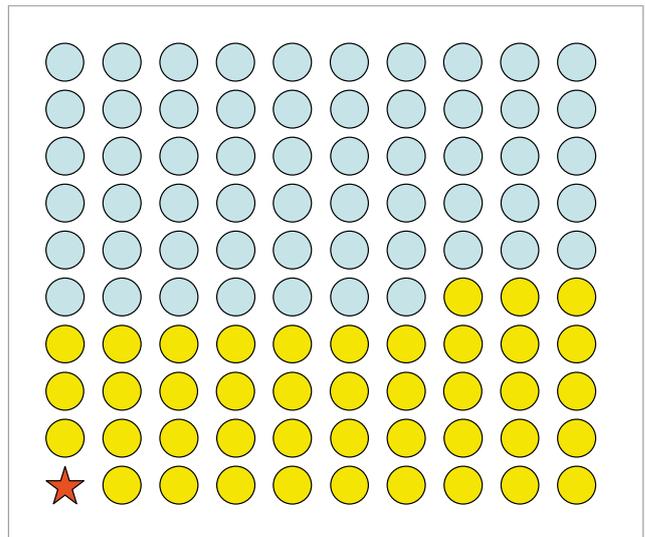


Fig. 8

Rischio di cancro (fatale e non fatale) di 100 soggetti, tutti esposti a una dose di 100 mSv (corrispondente a 5.000 radiografie del torace). Questa dose può essere ottenuta ad esempio cumulando 4 scintigrafie al Tallo, oppure 10 TAC addome, oppure 8 procedure di stent coronarico, e darà il rischio di un cancro aggiuntivo (fatale o non fatale) su 100 esposti (stella rossa in figura). Di questi 100 pazienti esposti, 42 svilupperanno comunque, nel corso della loro vita, un cancro (pallini gialli). I 42 cancri che si verificano spontaneamente e quello radioindotto sono indistinguibili. Modificato dalla ref 12, rapporto BEIR (Biological Effects of Ionizing Radiation) VII del 2005.

la cura. Questo comporta anche il pagamento del prezzo di un danno biologico, legato all’esposizione cronica a basso rateo a radiazioni ionizzanti nei medici, tecnici e infermieri esposti.²¹ Un rischio “calcolato” – inevitabile e socialmente utile – che deve essere minimizzato con opportuni, semplici accorgimenti: l’uso di protezioni, l’ottimizzazione delle immagini, l’appropriatezza delle indicazioni, l’uso sistematico di dosimetri personali, l’impiego di tecnologie moderne con risparmio di dose. Il rischio calcolato può



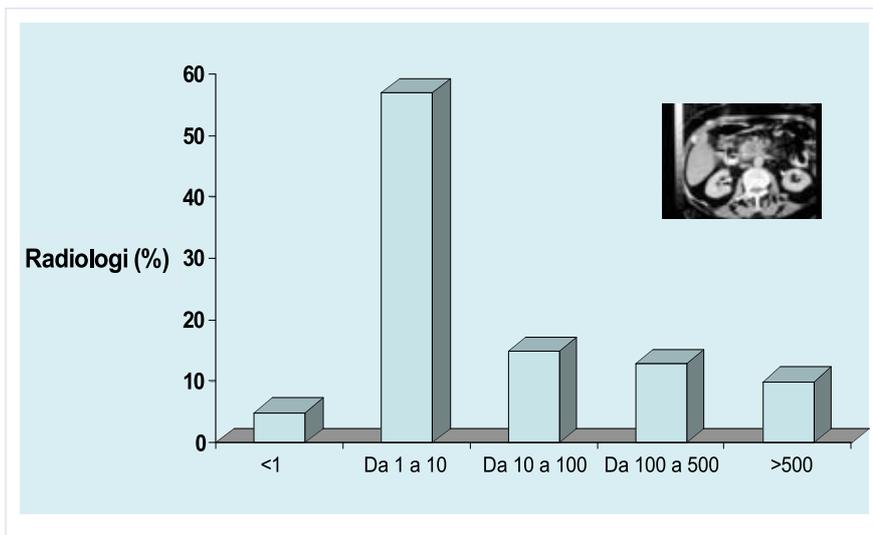


Fig. 10

La (in) consapevolezza delle dosi di un comune esame (la CT addome) nei radiologi. La dose media di una TAC addome corrisponde a 500 radiografie del torace, ma il 5% dei radiologi ritiene che la dose corrisponda a meno di 1 lastra del torace, e un altro 60% ritiene che la dose sia compresa tra 1 e 10 radiografie del torace. Circa l'80% dei radiologi sottostima sostanzialmente – da 1000 a 10 volte – la dose di una comunissima TAC addome. Modificato da ref. 26.

American College of Cardiology indicano chiaramente che la "responsabilità di tutti i medici è di minimizzare il danno da radiazioni ai loro pazienti, al loro personale e a se stessi".²³

La consapevolezza dell'esposizione alle radiazioni mediche

Ben pochi medici conoscono l'esposizione radiologica dell'esame che pure prescrivono – o addirittura eseguono – al loro paziente.²⁴⁻²⁶ Non lo fanno i medici di medicina generale che nel 20% dei casi ritengono che la Risonanza Magnetica adoperi radiazioni ionizzanti;²⁴ non lo fanno i cardiologi, che nel 70% dei casi sottostimano da 300 a 1000 volte le dosi di una scintigrafia cardiaca;²⁵ e non lo fanno neanche i radiologi, e persino i radiologi pediatri, che nella stragrande maggioranza dei casi sottostimano di 50-500 volte dosi e rischi di una comune TC.^{26,27}

Una ragione di questa sorprendente e sistematica sottostima è che l'informazione radiologica essenziale sulle dosi è spesso difficile da trovare e – una volta trovata – non facile da capire, sommersa com'è in un infernale "velame de li versi strani" dove tutto si legge di misure largamente esoteriche (milliAmpere e MegaBecquerel, millicurie e rad, dose-area product e centigray), e niente si capisce in termini di dose e rischio.¹⁵

Fig. 10

Diventa assai difficile per i medici comprendere dosi e rischi, e trasferire l'informazione corretta ai pazienti. Eppure basterebbe dover esprimere, sempre, la dose radiologica dei test in termini di multipli di radiografie del torace, come suggerito dalla Comunità Europea,³ dalla International Commission of Radiological Protection²⁸ e dalle linee guida nazionali di riferimento,⁴ per costringere ogni medico ad essere più cauto in ciò che prescrive, il paziente più consapevole di quello che spesso egli stesso richiede, ed entrambi più informati di quello che fanno.²⁸

Prescrizione dei test di immagine: tempo di cambiare

È oggi quindi noto che l'esposizione alle radiazioni ionizzanti delle persone può determinare effetti dannosi alla salute. Tali effetti possono manifestarsi anche a dosi relativamente basse e non richiedono il superamento di un valore soglia. La probabilità di insorgenza di tali danni aumenta con la dose erogata mentre la gravità degli effetti risulta essere indipendente da essa. Per ridurre i rischi connessi alle esposizioni in campo medico è necessario valutare con attenzione la necessità di effettuare l'esame diagnostico (principio di giustificazione, articolo 3 del Decreto Legislativo 187 del 26 Maggio 2000) ed avviare l'indagine in modo da assicurare che le informazioni prodotte siano ottenute con la dose più bassa possibile compatibilmente con le esigenze diagnostiche (principio di ottimizzazione, articolo 4). Applicare le esistenti linee guida sull'imaging medico – europee³ e italiane⁴ – e mettere in pratica le leggi vigenti^{29,30} vuol dire perseguire un obiettivo in teoria semplice, ma in pratica ambiziosissimo: "una riduzione del numero di esami inappropriatamente richiesti ed eseguiti". Gli esami sono ritenuti inappropriati "in quanto: - non aggiungono valore al sospetto diagnostico del clinico, né lo correggono; non sono utili a modificare la gestione clinica del paziente. L'inappropriatezza di tali esami conduce pertanto allo



spreco di risorse già limitate, all'allungamento dei tempi di attesa, e quando eseguiti con radiazioni ionizzanti, ad un'assenza di beneficio rispetto al danno che l'esposizione a radiazioni potrebbe causare alla persona". Applicare le linee guida esistenti sull'imaging medico, europee e italiane, o anche solo applicare la legge dello Stato, che sanziona con multe e perfino pene detentive la prescrizione inappropriata, permetterebbe di migliorare gli attuali livelli di assistenza con sostanziosi tagli alla spesa sanitaria. D'altra parte, l'attenzione all'appropriatezza deve essere rivolta a tutti gli esami di immagine – ionizzanti e non ionizzanti – e soprattutto a quelli in cui il rischio non possa essere considerato trascurabile, ad esempio per l'associazione con una procedura di stress (fisico o farmacologico) o con cateterismo invasivo (come la coronarografia) o con iniezione di mezzo di contrasto (per le possibili reazioni allergiche o nefrotossiche). La stessa definizione di appropriatezza si basa sul bilanciamento tra rischio e beneficio. L'esame è appropriato (classe I, codice verde) se il beneficio è molto maggiore del rischio; probabilmente appropriato (classe IIa, codice giallo) se il beneficio è maggiore del rischio; possibilmente appropriato (classe IIb, codice arancione) se il beneficio è di poco maggiore del rischio; e francamente inappropriato (classe III, codice rosso) se il rischio è maggiore o uguale al beneficio. **Fig. 11**³¹ È ovvio che scegliere l'esame appropriato vuol dire conoscere l'entità dei rischi e anche la loro natura, distinguendo rischi acuti e transitori (ad esempio, il rischio nefrotossico o allergico da contrasto nella CT multistrato o nella coronarografia) da rischi cronici e permanenti, non suscettibili di smaltimento, come quello radiologico **Fig. 12**.

Per quanto modesto, il rischio connesso ad una procedura inappropriata è sempre inaccettabile. Viceversa, il rischio per quanto elevato di una procedura appropriata è sempre accettabile, sia dal punto di vista medico che legale. Questo naturalmente, in nessun modo, può essere

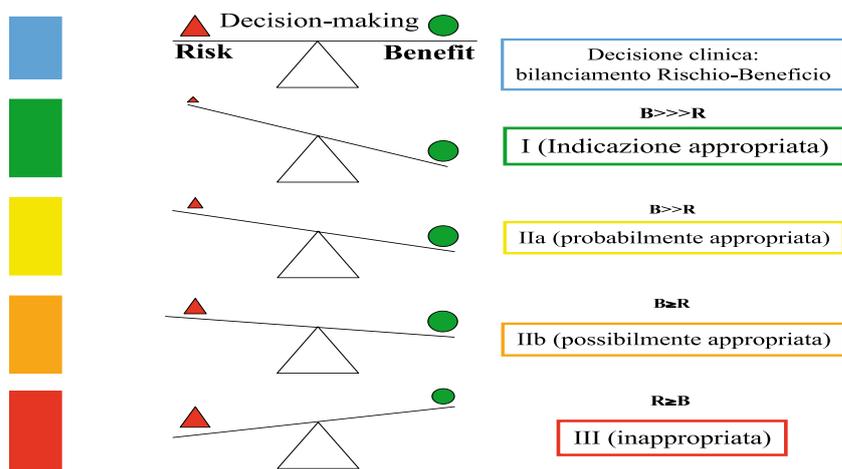


Fig. 11
L'appropriatezza scaturisce dal corretto bilanciamento (in alto) tra rischi (triangolo rosso) e benefici (cerchio verde). Secondo le linee-guida dell'American College of Cardiology/American Heart Association/ European Society Cardiology, i test sono appropriati (classe I, codice verde) solo quando il beneficio supera di moltissimo il rischio. Se il beneficio supera di molto il rischio (classe IIa, codice giallo) il test è probabilmente appropriato. Se il beneficio è di poco superiore al rischio il test è possibilmente appropriato (classe IIb, codice arancione). Se (pannello inferiore) il beneficio è uguale o addirittura inferiore al rischio, c'è franca inappropriata (codice rosso, classe III). Senza conoscenza dei rischi non può esserci decisione di appropriatezza.

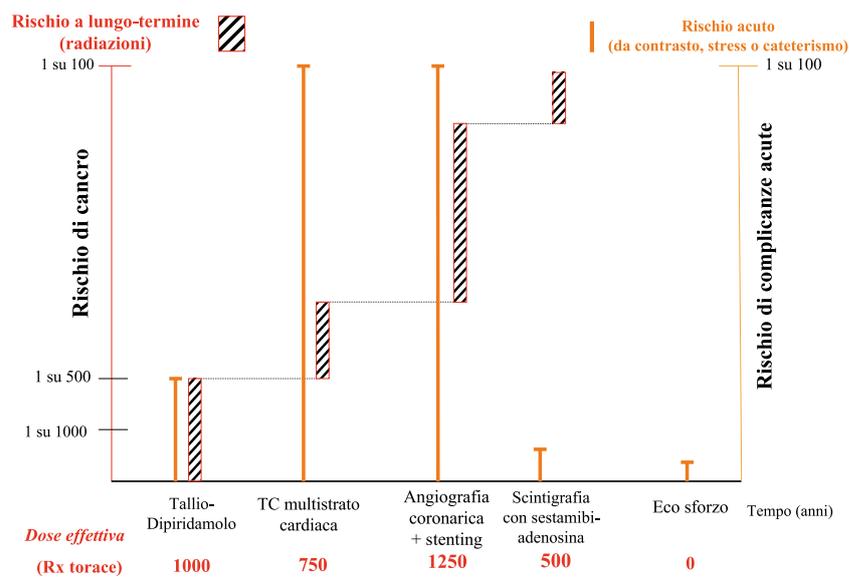


Fig. 12
Gravità (altezza sull'asse y) e durata (larghezza sull'asse x del tempo) dei rischi per 5 comuni esami cardiologici, che un paziente può eseguire in serie (nel giro di settimane, mesi o anni, asse x). I rischi a lungo termine (di cancro) sono rappresentati in rosso sull'asse y di sinistra e sono legati all'uso di procedure con radiazioni ionizzanti, e tanto maggiori quanto più alta è la dose radiologica effettiva (indicata nelle righe in basso, per ciascun esame, in multipli di radiografie del torace e in milliSievert, mSv). I rischi di complicanze acute (legati ad esempio alla procedura di cateterismo, all'impiego di stress fisico o farmacologico, o al mezzo di contrasto) sono rappresentati in arancione sull'asse y di destra: comprendono ad esempio le reazioni allergiche e la nefrotossicità da contrasto, ma anche morte o infarto da stress, e l'ictus o la dissezione aortica da cateterismo. Per ogni esame, l'altezza della colonna indica l'ordine di grandezza del rischio (rischio basso, 1 evento su 1000 esposti; rischio alto, un evento su 100 esposti). Sull'asse x sono rappresentati 5 comuni esami eseguiti dal paziente in successione: Tallio-dipiridamolo (rischio acuto, legato allo stress farmacologico, è di un evento sfavorevole su 1000 casi, come infarto, asistolia, tachicardia ventricolare o morte); rischio cronico legato alle radiazioni di cancro a lungo termine è di 1 cancro fatale o non fatale ogni 500 casi); TC multistrato coronarica (rischio acuto, nefrotossico o allergico, da contrasto, 1 su 100; rischio oncogeno a lungo termine da radiazioni, 1 su 750); angiografia coronarica con stenting di un vaso (rischio acuto peri-procedurale 1 su 100; rischio cronico a lungo termine 1 su 500); scintigrafia con sestamibi-adenosina (rischio acuto, legato allo stress farmacologico, è di un evento sfavorevole su



1500 casi ; rischio cronico legato alle radiazioni è di 1 cancro fatale o non fatale ogni 1000 casi, perché la dose del sestamibi è circa la metà rispetto al Tallio, con l' identica accuratezza diagnostica); stress eco con esercizio (rischio acuto da stress, 1 su 3000; rischio cronico assente). Per ogni esame c'è quindi un rischio acuto e – per esami con radiazioni – un rischio cronico. Tutti i rischi vanno considerati nel rischio cumulativo (il triangolo rosso in figura 11, con una differenza importante nel lungo termine. Solo i rischi cronici si cumulano. Nel caso in questione, la dose cumulativa si aggira sulle 3500 radiografie del torace, con un rischio cumulativo di cancro (fatale e non-fatale) di circa 1 caso su 125 pazienti esposti. Esame dopo esame, l'altezza del rischio cumulativo cresce: questa caratteristica del rischio è esclusiva dei rischi radiologici, e rende particolarmente improprio il loro utilizzo come metodiche di controllo seriato nel tempo, laddove siano disponibili metodiche alternative.

Le dosi radiologiche qui riportate sono quelle del Documento "Protezione dalle radiazioni 118" della Commissione Europea 2000. Per la scintigrafia cardiaca da stress e la scintigrafia cardiaca con tallio, le dosi sono derivanti dai deliberati dell'International Commission of Radiological Protection. Nelle scintigrafie l'isotopo impiegato è il Tecnezio-99m, quando non altrimenti specificato (Tallio o FDG, fluoro deossiglucosio).

interpretato come la negazione dei miracolosi benefici che la moderna diagnostica per immagini porta in dote alla medicina. Per i test di immagine vale esattamente quello che è stato detto per i test di laboratorio, anch'essi inappropriati in almeno un terzo dei casi: *"richiedere test indiscriminatamente è costoso, controproducente e può aumentare il rischio per il paziente"*.⁵ Semplicemente, nessuna tecnologia può sostituire il buon senso, che privilegia l'interesse primario del paziente, valorizzando i dati clinici. Come è stato autorevolmente scritto da un radiologo, *"il tutto a tutti, non solo non si può fare, ma soprattutto non ha senso. Si eviteranno così false aspettative ed illusioni; si ridurranno spontaneamente le tanto deprecate liste di attesa; si contribuirà a contenere la spesa sanitaria e soprattutto si metterà l'alta, sofisticata e costosa tecnologia al servizio di chi ne ha realmente bisogno"*.³² Le vecchie abitudini di spensieratezza diagnostica erano alimentate da un simpatico presupposto (che diventa dogma nei piani alti della piramide prescrittiva): quello che si ignora è, per definizione, poco importante, e quello che non si paga di tasca propria non costa. Questo è un lusso, economico e intellettuale, che probabilmente oggi la nostra generazione non si può più concedere. Il rischio è di intaccare il diritto delle generazioni future ad una assistenza universale, equa e di qualità, come quella di cui noi abbiamo potuto beneficiare. ■

Sostenibilità: 10 semplici regole

1. L'inappropriatezza nella prescrizione ed esecuzione degli esami di immagine è una cospicua fonte di spreco di risorse nella medicina contemporanea. Quest'inappropriatezza è specialmente preoccupante in cardiologia, che è la specialità con il maggiore indotto di esami di immagine.
2. L'inappropriatezza colpisce trasversalmente tutte le tecniche di immagine, dalle più costose alle più economiche. Ecocardiografia, medicina nucleare, radiologia e risonanza magnetica sono indispensabili per una medicina moderna – ma il loro utilizzo è spesso inappropriato.
3. Gli esami di immagine totalmente o parzialmente inappropriati sono almeno un terzo e probabilmente circa il 50% di tutti gli esami effettuati.
4. Gli esami inappropriati sono costosi, inutili e comunque pericolosi per il loro inevitabile potenziale di iatrogenesi. Essi moltiplicano i costi, allungano le liste di attesa e non migliorano – ma anzi tendenzialmente peggiorano – la qualità dell'assistenza.
5. Tra gli esami di immagine, particolare cautela con bilanciamento del rischio-beneficio deve essere impiegata nell'indicare ed eseguire gli esami ionizzanti: radiologia, medicina nucleare, cardiologia interventistica.
6. L'impiego di esami ionizzanti comporta l'esposizione ad un agente cancerogeno, le radiazioni ionizzanti (raggi X e gamma). Il danno è cumulativo: dose si aggiunge a dose, e rischio a rischio. Il bilanciamento del rischio-beneficio è particolarmente critico di fronte a possibili applicazioni di screening di metodiche ad alto carico radiologico.
7. È necessario che i medici che indicano, i medici che eseguono, e i pazienti che spesso pretendono esami di immagine, conoscano le dosi radiologiche (e i rischi a lungo termine, quando significativi) di quello che fanno. La conoscenza deve essere trasmessa in maniera semplice e comprensibile attraverso il consenso informato.
8. L'aumento di una consapevolezza oggi largamente carente deve essere promosso con iniziative didattiche, scientifiche, amministrative - rivolte al recupero dei valori fondanti della nostra professione, ben lontani dalle nicchie della superspecialità e dalle logiche di bottega. Sono i valori di prudenza, sicurezza, responsabilità che dobbiamo – a tutti i costi – recuperare.
9. Questo difficile processo non può essere realizzato senza, oppure contro, gli specialisti dell'immagine. D'altra parte, il recupero della sostenibilità non può essere lasciato al buon cuore di corporazioni professionali, a volte permeabili a logiche di efficientismo e paternalismo che non possiamo più permetterci.
10. Il recupero di consapevolezza che porta verso la sostenibilità è oggi incoraggiato da documenti ufficiali emanati dalla Commissione Europea, dalle linee-guida sull'imaging promulgate dalla conferenza Stato-Regioni nel novembre 2004, dalla legge europea (Euratom 1997) ed italiana (DL 187 del 26 maggio 2000), che punisce con multe fino a 5000 euro e pene detentive fino a tre mesi prescrizioni inappropriate e ingiustificate di test ionizzanti. ■

■ Bibliografia

1. United Nations Scientific Committee on the Sources and Effects of Ionising Radiation. Report on the Effects of Atomic Radiation to the General Assembly, 2000: Medical radiation exposures. United Nations, New York, 2001.
2. Ayanian JZ. Rising rates of cardiac procedures in the United States and Canada: too much of a good thing? *Circulation*. 2006;113:333-5
3. European Commission. *Radiation protection 118: referral guidelines for imaging*. <http://europa.eu.int/comm/environment/radprot/118/rp-118-en.pdf>.
4. Bonomo L, Del Favero C, Pesce B, Tamburrini O, Scotti G, Salvatore M, et al. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. La diagnostica per immagini. Linee guida. http://www.sirm.org/professione/pdf_lineeguida/linee_diag_x_img.pdf
5. Wilkinson DS. Moving from test results to clinical information. *The Journal of CLMA* November/December 2000 ; 14:267-71
6. Editorial . Pathology test - Too much of a good thing. *Lancet* 1984; 1:1278-9
7. Pennell DJ, Sechtem UP, Higgins CB, Manning WJ, Pohost GM, Rademakers FE, et al; Society for Cardiovascular Magnetic Resonance; Working Group on Cardiovascular Magnetic Resonance of the European Society of Cardiology. Clinical indications for cardiovascular magnetic resonance (CMR): Consensus Panel report. *Eur Heart J*. 2004;25:1940-65.
8. Picano E. Sustainability of medical imaging. Education and debate. *BMJ* 2004; 328: 578 -580
9. Brenner DJ. Radiation risks potentially associated with low-dose CT screening of adult smokers for lung cancer. *Radiology*. 2004;231:440-5
10. Regulla DF, Eder H. Patient exposure in medical X-ray imaging in Europe. *Radiat. Prot. Dosim*. 2005;114:11-25.
11. International Commission on Radiological Protection (ICRP). *Radiological Protection In Biomedical Research*. Oxford, United Kingdom: Pergamon Press; 1991 *Annals of the ICRP*; Issue 52.
12. BEIR VII Health Risks from Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation, Phase 2.
13. Berrington de Gonzalez A, Darby S. Risk of cancer from diagnostic X-rays: estimates for the UK and 14 other countries. *Lancet*. 2004;363:345-51
14. Picano E. Risk of cancer from diagnostic X-rays. (Letter) *Lancet* 5 June 2004; 363:1909-1910
15. Picano E. Informed consent and communication of risk from radiological and nuclear medicine examinations: how to escape from a communication inferno. *BMJ* 2004;329:849-51
16. Kocinaj D, Cioppa A, Ambrosini G, Tesorio T, Salemme L, Sorropago G, et al. Radiation dose exposure during cardiac and peripheral arteries catheterisation. *Int J Cardiol*. 2005 Dec 1
17. Coles DR, Smail MA, Negus IS, Wilde P, Oberhoff M, Karsch KR, et al. Comparison of radiation doses from multislice computed tomography coronary angiography and conventional diagnostic angiography. *J Am Coll Cardiol*. 2006;47:1840-5
18. Vano E, Gonzalez L, Fernandez JM, Alfonso F, Macaya C. Occupational radiation doses in interventional cardiology: a 15-year follow-up. *Br J Radiol*. 2006;79:383-8
19. Andreassi MG, Ait-Ali L, Botto N, Manfredi S, Mottola G, Picano E. Cardiac catheterization and long-term chromosomal damage in children with congenital heart disease. *Eur Heart J*. 2006 May 22
20. Martin DR, Semelka RC. Health effects of ionising radiation from diagnostic CT. *Lancet*. 2006;367:1712-4
21. Andreassi MG, Cioppa A, Botto N, Joksic G, Manfredi S, Federici C, et al. Somatic DNA damage in interventional cardiologists: a case-control study. *FASEB J*. 2005;19:998-9
22. Watson RM. Radiation exposure: clueless in the cath lab, or sayonara ALARA. *Cathet Cardiovasc Diagn*. 1997;42:126-7
23. Hirshfeld JW Jr, Balter S, Brinker JA, et al; American Heart Association/; HRS; SCAI; American College of Physicians Task Force on Clinical Competence and Training. ACCF/AHA/HRS/SCAI clinical competence statement on physician knowledge to optimize patient safety and image quality in fluoroscopically guided invasive cardiovascular procedures: a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association/ American College of Physicians Task Force on Clinical Competence and Training. *Circulation*. 2005;111:511-32.
24. Shiralkar S, Rennie A, Snow M, Galland RB, Lewis MH, Gower-Thomas K. Doctors' knowledge of radiation exposure: questionnaire study. *BMJ* 2003;327:371-2.
25. Correia MJ, Hellies A, Andreassi MG, Ghelarducci B, Picano E. Lack of radiological awareness among physicians working in a tertiary care cardiological centre. *Int J Cardiol*. 2005;103:307-11
26. Lee CI, Haims AH, Monico EP, Brink JA, Forman HP. Diagnostic CT scans: assessment of patient, physician, and radiologist awareness of radiation dose and possible risks. *Radiology*. 2004; 231:393-8.
27. Thomas KE, Parnell-Parmley JE, Haidar S, Moineddin R, Charkot E, Bendavid G, Krajewski C. Assessment of radiation dose awareness among pediatricians. *Pediatr Radiol*. 2006;36:823-32
28. International Commission on Radiological Protection. *Radiation and your patient: a guide for medical practitioners*. 2001. www.icrp.org/docs/Rad_for_GP_for_web.pdf (accessed 4 Sep 2004).
29. Council Directive 97/43/Euratom of 30 June 1997 on health protection of individuals against the dangers of ionising radiation in relation to medical exposure, and repealing Directive 84/466/Euratom. *Official Journal of the European Communities* L 180 1997 Jul 9:0022-7.
30. Decreto Legislativo 26 maggio 2000, n. 187, Attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse a esposizioni mediche.
31. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Jessup M, Konstam MA, Mancini DM, Michl K, Oates JA, Rahko PS, Silver MA, Stevenson LW, Yancy CW, Antman EM, Smith SC Jr, Adams CD, Anderson JL, Faxon DP, Fuster V, Halperin JL, Hiratzka LF, Jacobs AK, Nishimura R, Ornato JP, Page RL, Riegel B; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; American College of Chest Physicians; International Society for Heart and Lung Transplantation; Heart Rhythm Society. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure): developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation: endorsed by the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2005;112:e154-235
32. Villari N. Vedere dentro: nuove tecniche di immagine. *Toscana Medica*, n. 5 Maggio 2006; pp 61-64 ■



TUBERCOLOSI E ARTRITE REUMATOIDE

Laura Mencarini

Medico Internista Ospedale Santa Maria alla Gruccia Valdarno Superiore (Arezzo)

Per corrispondenza:

Dott. ssa Laura Mencarini

Via Vasarri n° 12 - 52025 Montevarchi (Arezzo)

lauramencarini@interfree.it

► Riassunto

In un passato non molto remoto, la Tuberculosis ha rappresentato un grosso dilemma generazionale. Oggi essa sembra essersi ripresentata nello scenario scientifico con una nuova fisionomia, come espressione di patologia in pazienti immunocompromessi. A tal proposito l'Artrite reumatoide si può associare all'infezione per due motivi principali. In parte tali pazienti sono immunocompromessi per la malattia di base che comporta un "qui pro quo immunologico", dall'altra è ormai dimostrato che numerosi farmaci, usati notoriamente in tale patologia, sono in grado di riattivarla interferendo con l'ipersensibilità I e III. Inoltre la stessa malattia tubercolare, in questi pazienti ha una espressione clinica variabile e non è scevra di complicazioni anche gravi. Infatti sebbene si tratti di un'evenienza rara, tuttavia molti nodi diagnostici e decisionali sono in grado di renderla un problema ulteriore in pazienti a volte già per alcuni aspetti, molto compromessi. La stessa diagnosi può essere misconosciuta, anche per la mancata risposta alla reazione tubercolinica ed ai test diagnostici conosciuti al momento attuale. A tal proposito solo la PCR per *Mycobacterium* sia sul sangue che sull'escreato oltre alla ricerca del microrganismo nel lavaggio broncoalveolare rimangono test sicuri e di affidabilità con una sensibilità e specificità elevate. Ancora non chiare la loro reale incidenza e prevalenza rispetto alle altre complicanze conosciute ed associate, anche per la mancanza di studi a riguardo. Comunque sembra ormai chiaro che tale patologia sia un ulteriore frammento in un mosaico ancora da ultimare.

L'Artrite reumatoide è da tempo in fase di studio e molte conoscenze sono ancora incerte.¹ Si sa per esempio che alcuni farmaci sono responsabilmente associati alla malattia (Doxazosina), ma ancora non è evidentemente chiaro quale sia il meccanismo immunopatologico sostanziale che la renda esprimibile, così come non è facile conoscere le numerose citokine implicate ed interferenti con il sistema immunitario del paziente.² Si sa senza ombra di dubbio che una rosa di cellule immunologiche sembra interessata al processo (linfociti Th1, Linfociti Th2, Linfociti B, Natural Killer), così come una moltitudine di citokine potrebbero modulatamente mediare il messaggio di amplificazione clonale dei linfociti o il danno diretto ai tessuti. Per non parlare infine delle più recenti scoperte riguardo ai meccanismi Molecular Mimicry ovvero di Imitazione Antigenica, Superantigeni e di Apoptosi.³ Una scoperta ancora più recente, inoltre, individua che gli ormoni sessuali abbiano profondi effetti sul sistema immunitario e che possano influenzare le malattie mediate da parassiti intracellulari come la *Leishmania* e la Tuberculosis. In particolare sembra che alcuni ormoni modulino la liberazione di nitrossido e citokine da parte dei macrofagi, che esprimerebbero specifici recettori per androgeni. È noto infatti che le più grandi eroine dell'Opera lirica come della storia, da Violetta a Pompea siano decedute oltre che per il mancato Amore anche di Tuberculosis. Restano alcu-

ne eccezioni maschili come Cosimo dei Medici che avrebbe avuto l'Artrite reumatoide. Infatti lo stesso studio dimostra che gli androgeni avrebbero funzioni immunosoppressive e gli estrogeni una funzione immunostimolante modulando anche l'espressione genica e la trascrizione di alcuni geni fra cui quello per l'IL-6 e per l'IL-1 β .⁴

Dal canto suo si sa che la Tuberculosis è una malattia infettiva mediata da un meccanismo immunologico di ipersensibilità di tipo I e III e che alcune citokine fra cui l'IL-15 sembrano up-regolare il processo proinfiammatorio in questa malattia come in altre fra cui l'Artrite reumatoide.⁵ Lo stesso ruolo che l'Interferon- γ ed il TNF- α avrebbe come mediatori dell'infiammazione ed al tempo stesso come inibitori della morte cellulare, farebbe pensare ad un link piuttosto penetrante fra alcune citokine e la malattia tubercolare da un lato e l'infiammazione e l'Artrite reumatoide dall'altro. È dunque evidente come alcuni farmaci biologici come l'Etanercept, il Methotrexate ed il Adalimumab, ideati con l'intento di bloccare la produzione delle citokine, favoriscano l'espressione in certi pazienti di alcune forme di Tuberculosis anche a lenta progressione.⁶ Tuttavia resta da chiarire perché in pazienti con Artrite reumatoide classicamente mediata dai Th1, si possa esprimere la Tuberculosis anch'essa mediata dai Th1. Evidentemente si può pensare che ne esistano molteplici varianti dal punto di vista immunologico, non tutte



con la stessa espressività oltre che clinica anche genotipica e fenotipica.⁷ In tal caso si potrebbe assimilare l'Artrite reumatoide ad altre malattie come la Fibrosi polmonare o le Vasculiti; e si potrebbe ipotizzare che il Mycobacterium Tuberculosis sia selezionato in questi anni e che possa esprimersi con sottovarianti che si rendono esprimibili solo in talune condizioni. Infine non chiaro è anche il ruolo dei linfociti B; nell'Artrite reumatoide, la loro attivazione sembrava fino a non molto tempo fa un epifenomeno della risposta immunologica, indotta dalle citokine dei linfociti Th1, mentre nella Tuberculosis essi potrebbero avere un ruolo di Cellula Presentante l'Antigene. Non ultimo è da considerare che il Molecular mimicry ovvero di Imitazione Antigenica Superantigeni e di Apoptosi,³ potrebbe solo in parte giustificare alcune affinità fra queste due patologie. Resta inoltre controverso il ruolo dei superantigeni che nella malattia Tuberculare potrebbero attivare una cascata di eventi, tale da amplificare la risposta del danno cellulare. Proprio questo ruolo di superantigene guadagnerebbe un ruolo sfavorevole di fronte ai processi immunologici – mediati dalle stesse cellule o da essi amplificati. ■

Conclusioni

La Medicina sta aprendosi verso nuove conoscenze, ed alcune patologie in particolare quelle immunologiche e reumatiche. Per molto tempo l'Artrite reumatoide è rimasta un capitolo cristallizzato, riuscendo talora a sfiorare solo l'epicentro della malattia.

Durante il decorso clinico non sono infrequenti altri disturbi sia causati sia concausa dell'Artrite reumatoide; e la Tuberculosis spesso può essere associata o risultare causa o conseguenza della stessa. Alcuni farmaci poi, come i farmaci biologici sono in grado di riattivare una tubercolosi latente o facilitare l'evoluzione verso una forma disseminata con alcune rare dimostrazioni di prognosi sfavorevole. L'incidenza di tubercolosi in corso di artrite reumatoide sembra variare da Autore ad Autore, ma nel complesso pare essere poco meno del 2%, che non risulta bassa, dato che la prevalenza in Italia della Tuberculosis risulterebbe pari a 10/100.000 abitanti e varia da Stato a Stato.⁵

L'Artrite Reumatoide, come molte patologie croniche, mette sempre più il Medico di fronte a ulteriori complicanze da trattare, senza che necessariamente si riesca a curare l'una e le altre. Non sempre gli sviluppi medici tengono conto del-

l'espressività clinica e dunque ogni atto medico dovrebbe essere giustificabile senza deludenti conclusioni. ■

■ Bibliografia

1. Ali Adam Epidemiologie of Arthritis rheumatoid; in J. Imm. An. Volume 58 pag . 140. Aprile 2000.
2. Edvans R. in J. am. Of Clin Rheum. Advanced Reaserch in Immunology. Volume 244, Pag. 422. June 2000.
3. Vasilietch A. in J. Microb. Advanced reumathology. Volume 222; pag. 144. May 2002.
4. Kazem Ahmadi, Alan B. McCrudden. Macrophage may responses to androgen via its receptor. Med. Sci. Monit, 2006; 12 (1): BR15-20.
5. F. Abebe, T. Mustafa, A. H. Nerland and G. A. Bjune. Cytokine profile durino latent and slowly progressive primari tuberculosis: a possibile role for interleukin-15 in mediatine clinical disease. Clinical e Experimental immunology. Volume 143 page 180- January 2006.
6. Juan C. Aguilòn, et al. Could single-nucleotide polymorphism (SNPs) affecting the tumor necrosis factor promoter be considered as part of rheumatoid arthritis evolution?. Immunobiology; Volume 211, Issues 1-2; 22 February 2006, Pages 75-84.
7. C. Botsios et al. Farmaci anti-citokine e4d infezioni nei pazienti affetti da artrite reumatoide: meccanismi biologici ed aspetti clinici. Med. Sci. Monit, 2006; 12 (1): BR15-20. ■



SINDROME DELL'OVAIO POLICISTICO E DIABETE MELLITO DI TIPO II

Ada Delia, Maria Concetta Musacchio, Giuseppe Morgante,
Roberto Cazzavacca, Vincenzo De Leo

Dipartimento di Pediatria, Ostetricia e Medicina della Riproduzione
Clinica Ostetrica e Ginecologica, Università degli Studi di Siena
Centro Sterilità - Policlinico Le Scotte

V Lotto, piano 0
Tel. 0577-586639

La sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) rappresenta la più comune endocrinopatia del sesso femminile e la più comune causa di infertilità anovulatoria, colpendo il 5-10% della popolazione caratterizzata da irregolarità mestruali e da iperandrogenismo che ne rappresentano i criteri diagnostici certi secondo la National Institutes of Health (NIH) consensus conference;¹ i criteri diagnostici possibili includono la presenza di insulino-resistenza (IR), un elevato rapporto LH/FSH e la visualizzazione di ovaie micropolicistiche all'esame ultrasonografico.

Negli ultimi anni è stato dimostrato che la maggior parte delle donne con PCOS presenta insulino-resistenza. Tale stato di IR conduce ad una maggiore secrezione di insulina da parte delle cellule β -pancreatiche che giustifica i normali livelli di glucosio che si osservano in queste donne. Se la risposta compensatoria delle cellule β si riduce, si sviluppa un diabete di II°. L'alterazione della sensibilità all'insulina è coinvolta, inoltre, nella patogenesi della PCOS e determina un profilo lipidico aterogenico che predispone ad un maggiore rischio di problemi cardiovascolari. Le donne con PCOS spesso presentano, infatti, una costellazione di sintomi (IR, obesità, ipertensione e dislipidemia) che costituiscono la cosiddetta sindrome X. L'insulino-resistenza presente nella PCOS rappresenta, inoltre, un fattore di rischio per lo sviluppo di diabete gestazionale in gravidanza. ■

PCOS e diabete mellito di tipo II

L'IR è indicata come il principale fattore di rischio per diabete di II°.² Un altro fattore di rischio è la disfunzione pancreatica delle cellule β , che è stata riscontrata nelle donne con PCOS.^{3,4} Altri fattori che possono contribuire all'insorgenza del diabete di II° sono l'obesità e la presenza di un'anamnesi familiare positiva per il diabete di II°. La presenza concomitante di tali fattori rende difficile valutare il ruolo indipendente esercitato da ciascuno di essi nello sviluppo del diabete.

È stato riportato che circa il 30% delle donne obese con PCOS presenta ridotta tolleranza al glucosio. In uno studio retrospettivo Dahlgren e coll.⁵ hanno osservato che la prevalenza di NIDDM era del 15% nelle donne con PCOS confrontate con il 2% dei controlli. Dunaif e coll.⁶ hanno riscontrato in oltre il 20% delle donne con PCOS una ridotta tolleranza al glucosio o NIDDM nella III decade di vita.

In un recente studio prospettico,⁷ si è visto come nel 31% di 254 donne con PCOS era presente ridotta tolleranza al glucosio e il 7,5% presentava NIDDM, mentre tra i controlli il 16% e lo 0% presentavano rispettivamente ridotta tolleranza al glucosio e NIDDM. Le donne esaminate in tale studio avevano un'età compresa tra i 14 e i 44 anni. La prevalenza di una ridotta tolleranza al glucosio e di NIDDM è risultata più alta nelle donne sopra i 35 anni. Attraverso un'analisi di regressione multipla, si è visto che la glicemia a digiuno, lo

RICERCA

status PCOS, il rapporto vita/fianchi, il BMI e l'età erano fattori predittivi di intolleranza al glucosio. Tuttavia, in questo studio prospettico il 78% delle pazienti presentava BMI > 25 Kg/m² e il 73% era obeso (BMI>27Kg/m²).

In un altro recente studio di follow-up europeo⁸ è stata valutata la prevalenza del diabete in 346 donne con PCOS di età compresa tra i 30 e i 55 anni: il 2,3% di queste donne presentava diabete, contro l'1% dei controlli. Suddividendo le donne in due gruppi di età, risultava che il 9% delle pazienti con PCOS di età compresa tra i 45 e i 54 anni presentava diabete, contro il 2% dei controlli. Le divergenze con lo studio americano probabilmente sono dovute al diverso BMI delle pazienti. Infatti, nello studio europeo solo il 44% delle pazienti era caratterizzato da un BMI > 25, che era invece presente nel 78% delle pazienti americane. Tuttavia, entrambi gli studi hanno dimostrato che le pazienti con PCOS presentano un rischio maggiore di sviluppare intolleranza al glucosio o diabete durante la III o la IV decade e che questo rischio è maggiore per le donne obese rispetto alle donne magre.

In un recente studio pubblicato nel 2003 Glueck ha osservato che 64 su 138 donne con PCOS (46%), di età media 31 ± 9 anni, presentavano la sindrome X, definita secondo le linee guida dell'ATP III (Adult Treatment Panel),⁹ dalla presenza di almeno 3 delle seguenti alterazioni metaboliche: circonferenza vita > 88 cm, trigliceridemia basale > 150 mg/dl, HDL < 50 mg/dl, PA > 130/85, glicemia basale > 110 mg/dl.¹⁰ Di queste 64 donne, l'11% presentava glicemia basale > 110 mg/dl e il 66% insulina basale > 17 µU/ml.

Diversi studi hanno dimostrato che una storia familiare di diabete di tipo II° è di frequente riscontro nelle pazienti diabetiche.¹¹ Una storia familiare positiva per diabete è presente in più dell'80% delle donne con PCOS, il 30% delle quali presenta diabete:¹² tali dati indicano che una storia familiare di diabete può aggravare la severità dei difetti del metabolismo insulinico già presenti

nella PCOS. Sir-Peterman ha recentemente pubblicato un lavoro in cui ha riscontrato una prevalenza significativamente più alta di NIDDM e IR tra i membri familiari di pazienti con PCOS, rispetto ai parenti di controlli sani.¹³

Considerando la rilevanza del ruolo patogenetico dell'IR sia nella PCOS che nel diabete, alcuni investigatori hanno ipotizzato che tra le donne con diabete di tipo II dovrebbe essere trovata un'elevata prevalenza di donne con PCOS.¹⁴ Infatti, la prevalenza della PCOS tra le donne diabetiche sembra essere 5-10 volte più alta rispetto alle donne normali.¹⁵ L'obesità, l'IR, la disfunzione cellulare e la storia familiare positiva possono contribuire ad incrementare il rischio di sviluppare diabete nelle donne con PCOS.

Tutte le donne con PCOS dovrebbero essere, quindi, screenate per intolleranza al glucosio. I medici dovrebbero sapere che le donne con PCOS sono a rischio maggiore di ridotta tolleranza al glucosio e di diabete di II° e che tali anomalie del metabolismo glucidico possono essere presenti sia nelle donne magre che in quelle obese.

La tecnica diagnostica migliore è rappresentata dal clamp euglicemico iperinsulinemico,¹⁶ che consiste nell'infusione di una quota costante di insulina e nel monitoraggio della glicemia: si infonde, quindi, una quantità variabile di glucosio per mantenere costante la glicemia. Quando viene raggiunta una quantità costante di glucosio da infondere, tale valore viene rapportato con il valore dell'insulina, ottenendo così la sensibilità all'insulina. L'esecuzione di tale tecnica, tuttavia, risulta complessa e costosa, richiede un'equipe specializzata e non è, quindi, utilizzabile nella pratica clinica. Altri esami di più facile esecuzione prevedono il rapporto tra glicemia ed insulinemia a digiuno (G:I) e la determinazione dell'insulinemia basale e dopo esecuzione di OGTT. Il rapporto G:I è risultato molto valido nelle pazienti obese con PCOS,¹⁷ ma difficilmente potrebbe raggiungere la stessa validità nelle pazienti non obese con PCOS. L'OGTT, dal

canto suo, risulta difficilmente riproducibile, è influenzato da diversi fattori e non presenta una buona correlazione con i risultati ottenuti con i test dinamici.¹⁸ Ottime correlazioni sono, invece, state ottenute con la formula HOMA (Homostatic model assessment), che si basa sul prodotto dei livelli basali di insulina e glucosio (glucosio x insulina/22,5), e con la formula QUICKI (quantitative insulin-sensitivity check index) che consiste nel rapporto: 1/[log insulina + log glucosio].^{19,20} ■

PCOS e Diabete Gestazionale

L'insulino-resistenza presente nella PCOS può essere considerata anche un fattore di rischio per lo sviluppo del diabete gestazionale.²¹ Infatti, poiché le pazienti con PCOS spesso presentano IR in presenza di una normale tolleranza al glucosio, esse presentano un alto rischio di diabete quando sono esposte all'effetto diabetogeno della gravidanza. La prevalenza del diabete gestazionale nelle donne con PCOS è del 40-46%. La prevalenza della PCOS in donne con storia di diabete gestazionale è stata del 20%, 39,4%, 41%, 44% e 52%, anche se altri studi non hanno rilevato una prevalenza significativa della PCOS nelle donne con diabete gestazionale. In uno studio longitudinale è stato valutato il metabolismo carboidratico in donne gravide con PCOS utilizzando l'OGTT ed il clamp iperinsulinemico-euglicemico. È stato riscontrato che le donne con diabete gestazionale presentavano una sensibilità insulinica ridotta rispetto a quelle che non l'avevano, indicando che il diabete gestazionale è associato con un'alterazione del metabolismo insulinico che si realizza precocemente nel I° trimestre. ■

■ Bibliografia

1. Zawadzki JK, Dunaif A. Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome: towards a rational approach. In: Dunaif A, Givens JR, Haseltine FP, Merriam GR, editors. Polycystic ovary syndrome. Boston: Blackwell Scientific, 1992. p. 377-384.
2. Reaven GM. Role of insulin resistance



- in human disease. *Diabetes, Banding lecture 1988*; 37:1595-1607.
3. Legro RS, Kunselman AR, Dodson WC, Dunaif A Prevalence and predictors of risk for type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in polycystic ovary syndrome: a prospective, controlled study in 254 affected women. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:165-169.
 4. Sir-Petermann T, Angel B, Maliqueo M, Carvajal F, Santos J, Perez-Bravo F. Prevalence of type II diabetes mellitus and insulin resistance in parents of women with polycystic ovary syndrome. *Diabetologia* 2002; 45: 959-964.
 5. Conn JJ, Jacobs HS, Conway GS The prevalence of polycystic ovaries in women with type 2 diabetes mellitus. *Clin Endocrinol* 2000; 52:81-86.
 6. Peppard HR, Marfori J, Luorno MJ, Nessler JE Prevalence of polycystic ovary syndrome among premenopausal women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24:1050-1052.
 7. Radziuk J. Insulin sensitivity and its measurement. Structural commonalities among the methods. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:4426-4433.
 8. Hosker JP, Matthews DR, Rudenski AS, Burnett MA, Darling P, Bown EC, Turner RC Continuous infusion of glucose with model assessment: measurement of insulin resistance and beta-cell function in man. *Diabetologia* 1985; 28:401-411.
 9. Katz A, Nambi SS, Mather K, Baron AD, Follmann DA, Sullivan G, Quon MJ Quantitative insulin sensitivity check index: a simple, accurate method for assessing insulin sensitivity in humans. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:2402-2410
 10. Bergman RN, Prager R, Volund A, Olefsky JM. Equivalence of the insulin sensitivity index in man derived by the minimal model method and the euglycemic glucose clamp. *J Clin Invest.* 1987;79:790-800.
 11. Kosaka K, Mizuno Y, Kuzuga T. Reproducibility of the oral glucose tolerance test and the rice-meal test in mild diabetes. *Diabetes* 1966; 15:901-904.
 12. Legro RS, Finegood D, Dunaif A. A fasting glucose to insulin ratio is a useful measure of insulin sensitivity in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83:2694-2698.
 13. Lanzone A, Caruso A, Di Simone N, et al. Polycystic ovary disease. A risk factor for gestational diabetes? *J Reprod Med* 1995; 40(4):312-6.
 14. Mikola M, Hiilesmaa V, Halttunen M, Suhonen L, Tiitinen A. Obstetric outcome in women with polycystic ovarian syndrome. *Hum Reprod* 2001; 16:226-9.
 15. Koivunen RM, Juutinen J, Vauhkonen I, et al. Metabolic and steroidogenic alterations related to increased frequency of polycystic ovaries in women with a history of gestational diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86(6):2591-9.
 16. Holte J, Gennarelli G, Wide L, et al. High prevalence of polycystic ovaries and associated clinical, endocrine, and metabolic features in women with previous gestational diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 84(12):4746.
 17. Anttila L, Karjala K, Penttila RA, et al. Polycystic ovaries in women with gestational diabetes. *Obstet gynecol* 1998; 92(1):13-6.
 18. Kousta E, Ceta E, Lawrence N, et al. The prevalence of polycystic ovaries in women with a history of gestational diabetes. *Clin Endocrinol* 2000; 53(4):501-7.
 19. Vollenhoven B, Clark S, Kovacs G, et al. Prevalence of gestational diabetes mellitus in polycystic ovarian syndrome (PCOS) patients pregnant after ovulation induction with gonadotrophins. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000; 40(1):54-8.
 20. Lesser KB, Garcia FA. Association between polycystic ovary syndrome and glucose intolerance during pregnancy. *J Matern Fetal Med* 1997; 6:303-7.
 21. Paradisi G, Fulghesu AM, Ferrazzani S, Moretti S, Proto C, Soranna L, Caruso A, Lanzone A. Endocrino-metabolic features in women with polycystic ovary syndrome during pregnancy. *Hum Reprod.* 1998;13:542-6 ■

A LCUNE RIFLESSIONI SUL RAPPORTO TRA PIACERE E SALUTE

Stefano Beccastrini

Medico e pedagogo, Coordinatore didattico Scuola Internazionale
Ambiente Salute e Sviluppo Sostenibile (SIASS)

Del concetto di piacere Ermanno Bencivenga, acuto filosofo calabrocaliforniano, offre, nel suo **Parole che contano. Piccolo dizionario politico-filosofico**, la seguente definizione: *"La più generale connotazione positiva che possa accompagnarsi in modo immediato a una qualsiasi esperienza"*. Aggiunge che *"...nell'antropologia corrente, il piacere è effetto della soddisfazione di un bisogno ed è concepito quindi in termini puramente compensatori... In una visione così inerziale del nostro essere si apre lo spazio per una penosa dialettica tra gli edonisti massmediatici, ben pasciuti e sempre pronti a snocciolare le loro conquiste, e i tetri moralisti che condannano la ricerca del piacere ad ogni costo..."*. Contrappone, insomma, all'antropologia del bisogno un altro tipo di antropologia del piacere, fondata sul gioco e sulla libertà. La componente giocosa del piacere richiama il pensiero di Gregory Bateson, il quale ha sempre attribuito grande importanza al gioco (si è anche chiesto *"Si può prescrivere un gioco?"*: il che equivale a chiedersi se un gioco si possa anche proibire, rispondendo negativamente ed è una risposta su cui noi medici dovremmo riflettere a lungo, poiché per antica ma perdurante abitudine professionale siamo portati ad avere, verso i giochi del prossimo, un atteggiamento giustappunto prescrittivo che avrebbe fatto inorridire Bateson). Nell'universo concettuale dell'ecologia della mente (la nuova epistemologia che Bateson cercò di diffondere nell'ultimo decennio della sua vita) il piacere, e il gioco, assumono una connotazione anche sa-

crile. Egli, che non era credente, non usava il concetto di sacro in riferimento all'esperienza del divino, ma in senso seppur laicamente religioso: è sacro tutto ciò che lega (anzi: ri-lega, re-liga, re-ligio) ovvero che unisce – ecosistemicamente – la ragione al cuore, la verità alla bellezza, la conoscenza al godimento estetico, l'uomo agli altri uomini e al mondo. Anche questo elemento sacrale credo debba esser preso in considerazione, per impostare un' antropologia del piacere: alla luce di essa anche il più apparentemente piccolo, elementare, quotidiano dei piaceri può diventare vero e proprio piacere estetico (per dirla con un grande neuroscienziato come Jean Pierre Changeux e il suo bel **Ragione e piacere. Dalla scienza all'arte**) in quanto ri-lega le nostre percezioni soggettive col tutto che ci circonda, passato compreso, e ci permette di scorgere i rapporti sistemici (Bateson avrebbe detto la struttura che connette) tra noi e il mondo tutt'intero ch'è intorno a noi (compreso quel mondo perduto ma ogni tanto ritrovato che è la nostra infanzia, le sue avventure, le sue esperienze, le sue letture, i suoi miti). In tal senso, il filosofo spagnolo Fernando Savater definisce il piacere come *"... l'esperienza dell'approvazione della nostra collocazione nella vita/mondo...(cioè)...godere è dire si con l'anima e con il corpo..."*. Di tutte questi elementi di una nuova antropologia del piacere (non più fondata soltanto sull' antropologia del bisogno), non prenderò in considerazione, al di là dei pochi accenni finora fatti, né il gioco né il sacral/estetico bensì, per tornare a quanto

FILOSOFIA DELLA MEDICINA



detto da Bencivenga, la **libertà**. Se prendessimo per buona (ma ormai, per fortuna, non lo fa più quasi nessuno, se non qualche nostalgico re-tore del pansanitarismo) la definizione di salute data nel 1948 dall'OMS, non ci sarebbe altra riflessione da fare se non quella relativa all'equivalenza del concetto di piacere con quello di salute: quale altra modalità esistenziale di maggior piacere si potrebbe infatti sperimentare, nel corso della vita, rispetto a quel perfetto stato di benessere fisico, psichico e sociale che giustappunto l'OMS identificava, così definendola, con la salute stessa? Non a caso, ironicamente, ci fu chi (precisamente due spiritosi epidemiologi europei) affermò che, a prendere per buona tale definizione, una vita in salute sarebbe stata un continuo, lungo, splendido orgasmo (ma poi chissà se splendido davvero: alla fin fine, gli orgasmi son così belli perché duran poco). Le cose, evidentemente, sono un po' più complicate e mettono in campo, a giocare dialetticamente tra loro, tre concetti: il **piacere**, il **sapere**, il **potere**. A porre le riflessioni sul potere accanto a quelle sul piacere e sul sapere (nonché a proiettare tali riflessioni sulle – storicamente mutevoli - pratiche e prescrizioni di salute) è stato principalmente, nella ricerca filosofica della seconda metà del Novecento, quel grande storico dell'etica e dell'epistemologia sociale (ma anche della medicina) che fu Michel Foucault. I censori sociali, comunque travestiti, odiano – o comunque hanno assai in sospetto - il piacere in quanto fattore di libertà personale, di autonomia identitaria, di soggettività valorizzata. Gli contrappongono i divieti sociali, le norme collettive, gli orientamenti istituzionali. Il contrario esatto, insomma, della libertà personale, dell'identità forte, della valorizzazione della soggettività: tutte cose che il potere, anzi i vari possessori dei vari poteri presenti nella società, non amano, preferendo la regola alla libertà, il conformismo all'autonomia, l'oggettività della prescrizione (questo sì questo no, questo fa bene questo fa male,

questo si può fare questo non si può fare) alla soggettività della scelta. Foucault, soprattutto nella trilogia della **Storia della sessualità** (composta da **La volontà di sapere, L'uso dei piaceri, La cura di sé**), ha analizzato proprio questo intreccio tra sapere, piacere e potere e questo combattimento tra oggettività (spesso presunta) delle norme e soggettività (spesso conculcata) delle scelte che si è svolto in ogni tempo e continua a svolgersi anche nel nostro. Nelle ricerche che hanno fatto da materia prima di questi suoi tre libri, era interessato a fare *“...un'analisi delle pratiche attraverso le quali gli individui sono stati spinti a fermare l'attenzione su se stessi, a decifrarsi, riconoscersi e dichiararsi soggetti di desiderio, mettendo in gioco gli uni con gli altri un certo rapporto che permette loro di scoprire nel desiderio la verità del loro essere, sia esso naturale o viziato. In breve, l'idea, in questa genealogia, era quella di vedere come gli individui siano portati a esercitare su se stessi, e sugli altri, un'ermeneutica del desiderio...”*. Se ne **La volontà di sapere** Foucault intende *“...determinare nel suo funzionamento e nelle sue ragioni d'essere il regime di potere-sapere-piacere che sorregge in noi il discorso sulla sessualità...”* (così come su ogni altro fattore di desiderio, aggiungo io), è proprio nel secondo volume della trilogia, **L'uso dei saperi**, che egli introduce la distinzione tra **elementi di codice** (fondati sui meccanismi prescrittivi e di divieto, sulla sanzione della trasgressione, sull'oggettivazione della norma e dunque su strategie di istituzionalizzazione della morale) ed **elementi di ascesi** (fondati sulla scelta personale, sulla capacità identitaria di porsi soglie e limiti, sulla valorizzazione della propria libertà, insomma su forme di soggettivazione), in riferimento all'etica dei piaceri e alle modalità di non tramutarli in vizi. Lungo la strada della valorizzazione degli elementi di ascesi e delle forme di soggettivazione si colloca il terzo volume della Trilogia: **La cura di sé**. È proprio su questo approdo della rifles-

sione foucaultiana che mi vorrei soffermare, in quanto sono convinto, per usare (facendoli giocare tra loro) i titoli dei due ultimi volumi della trilogia, che il buon vivere (il termine mi piace più di quello di salute: bisognerebbe poi capire il rapporto tra i due concetti) consista proprio nel fare sapiente uso dei piaceri (di tutti quelli che ciascuno di noi ritenga tali) considerando tale uso sapiente parte di quella cura di sé (di quel sapersi accudire volendosi bene) che deve saperci avvertire, far riconoscere, rispettare quelle soglie oltre le quali l'uso dei piaceri diventa vizioso (adopero il termine, altrimenti non lo farei, non in senso scientifico né morale, bensì pratico/popolare, quello per cui mia nonna diceva che un nostro vicino che aveva il vizio del bere prima o poi sarebbe stato licenziato dal lavoro, un nostro congiunto che aveva quello delle carte prima o poi sarebbe stato abbandonato dalla moglie e io che avevo quello di leggere anche di notte prima o poi sarei diventato miope: si sono avverate tutte e tre le profezie). L'uso dei piaceri può esser considerato vizioso soltanto in base alle conseguenze di una pratica non sapiente di esso: quella che conduce alla limitazione della nostra libertà e alla limitazione della libertà altrui (come vedete, il far bene o il far male alla salute c'entra poco, almeno in una prima fase, con questa impostazione e con questa linea di ragionamento: può esserne semmai una premessa prima e un risultato poi, non il fatto primario e centrale). Se un certo mio piacere (legato al sesso, al vino, al cibo, al fumo di questa o quell'erba, al giocare a questo o quel gioco, alla ricerca dell'eleganza, al gusto del successo in carriera e così via) diviene coattivo, mi fa suo dipendente, pian piano non lascia altra scelta al mio diventare fatalmente un Don Giovanni da strapazzo, un alcolizzato attaccato alla bottiglia, un prigioniero della sigaretta o dello spinello, uno che si rovina col poker, uno che si veste come vuole la moda e non come vorrebbe lui se fosse mentalmente libero di scegliersi gli abiti, uno che ucciderebbe il collega di la-

voro per prendere il suo posto se esso fosse superiore al proprio, ebbene quel piacere è diventato un vizio: non perché è stigmatizzato dalla morale corrente e nemmeno, almeno in prima approssimazione concettuale, perché fa male alla salute, bensì perché va distruggendo la libertà di scelta, sta rendendo schiavi, va annichilendo la soggettività e la volontà. Il discorso vale ugualmente rispetto alle nostre relazioni con gli altri: i nostri piaceri trovano un limite invalicabile quando per provarli danneggiamo il prossimo, procurandogli dispiacere. Però, anche quest'aspetto è secondario al primo, al volersi bene, all'aver cura di sé così da viver bene, ricercando e provando piaceri senza trasformarli in vizi. Come ben sapeva Gesù, affinché l'amare il prossimo come se stessi abbia un senso positivo, occorre prima di tutto amare molto se stessi. Non può voler bene agli altri chi non vuol bene a se stesso (cheché ne pensino coloro che danno una, cristologicamente errata, lettura penitenziale di quel bellissimo insegnamento evangelico). Per questo mi piace molto l'antico concetto, da Foucault riportato all'attenzione etica di noi moderni, della **cura di sé**. Nel mondo greco/romano la cura di sé è stata il modo in cui la libertà individuale si è riflessa come etica: dai primi dialoghi platonici fino ai testi del tardo stoicismo (Epitteto, Seneca, Marco Aurelio) questo concetto ha attraversato tutta la riflessione morale dell'Antichità classica. L'idea di prendersi cura di se stessi era, per i Greci, uno dei principi basilari della vita personale e civile, della condotta individuale e sociale, dell'arte di vivere. Per noi - figli del narcisismo di massa, del salutismo nevrotico, dei falsi piaceri, della dipendenza dagli esperti, del tempo dello sfizio dilagante (dell'era della rucola, dice il filologo Maurizio Bettini nel suo divertente **I classici nell'età dell'indiscezione**) si tratta d'un concetto ormai alquanto misterioso ma che val la pena di riscoprire. A scuola ci hanno insegnato che il principio fondamentale della sapienza classica era il delfico "co-

nosci te stesso" ma, secondo Foucault (in verità, nel sostenere questa tesi, preceduto dalle ricerche di uno dei maggiori storici europei della filosofia antica, Pierre Hadot, autore di **Esercizi spirituali e filosofia antica**, in cui è giustappunto sostenuta la tesi che nella filosofia greca e romana "...il discorso filosofico ha...origini da una scelta di vita e da un'opzione esistenziale e non viceversa..."), la centralità scolastica del conosco te stesso risultava assai esagerata mentre una diretta lettura dei testi greci e romani (sia quelli medici che quelli filosofici) mostra come il precetto di conoscere se stessi non ha, in essi, un ruolo centralmente autonomo bensì è sempre, in maniera subalterna e per così dire strumentale, associato a quello della cura di sé. Occorre conoscersi, secondo gli antichi, non per piacere o dovere cognitivo (essi, in tal senso, erano davvero, intimamente, non cartesiani e non soltanto, storicamente, precartesiani) bensì perché soltanto conoscendosi si poteva poi fare ciò che del conoscere se stessi era molto più importante ossia il prendersi cura di se stessi. Il termine **cura** indica il senso di un'attività del soggetto, di un libero lavoro etico che si compie su se stessi. In tal senso, in una delle sue ultime interviste, Foucault parlò di **etica della cura di sé come pratica della libertà**. Al tempo di Socrate, il concetto è utilizzato con riferimento ai giovani, quale pratica sostanzialmente pedagogica di preparazione alla vita adulta, mentre più tardi, con Epicuro e con gli stoici, esso diviene una pratica, un esercizio, una sorta di meditazione attiva e di attenzione critica propria degli adulti e finalizzare all'apprendere a disfarsi delle cattive abitudini, dei cattivi maestri e delle false opinioni che derivano dall'ambiente circostante e da quella che, da Parmenide a Roland Barthes, è stata chiamata la Doxa (mai così sviluppata e potente come nei nostri massmediologici, vogliosi e deleganti tempi). In tal senso, la cura di sé veniva sviluppata attraverso pratiche quotidiane che arricchivano non soltanto la relazione di sé con se

stessi e con gli altri ma davano luogo anche alla formazione di nuove modalità di conoscenza e all'elaborazione di un nuovo sapere. Fra tali pratiche, assunse un'importanza crescente la scrittura per così dire privata ovvero l'annotare riflessioni su se stessi da rileggere in seguito (la scrittura diaristica, da "dies", giorno), lo scrivere lettere ai congiunti e agli amici per aiutarli e trarne aiuto (celeberrime, in tal senso le **Lettere a Lucilio** di Seneca), tenere taccuini allo scopo di riattivare nel tempo le verità di cui si aveva bisogno. In merito a ciò, occorre rilevare come tale pratica di scrittura - l'autobiografismo, il tenere un diario, il narrarsi - stia conoscendo nel nostro Paese, in anni recenti, una grande rivalutazione in ambito sociologico, psicologico, pedagogico: basti pensare all'opera di Duccio Demetrio e al successo di un premio letterario come quello di Pieve Santo Stefano, dedicato giustappunto alla scrittura diaristica. In ambito medico internazionale, a ciò fa riferimento la cosiddetta **Narrative Medicine**, purtroppo tuttora negletta nel nostro poco scientifico ma molto scientifico e tecnicistico Paese. Allora, a proposito del narrarsi: il mio piacere nel trovarmi sul tavolo (quando, a Firenze, vado da "Sergio") una fiorentina alta due dita e una bottiglia di Chianti, quello di Philippe Delerm nel bere la prima sorsata di una bella birra fredda e spumeggiante (ne parla nel suo gustoso e autobiografico libro **La prima sorsata di birra e altri piccoli piaceri della vita**), quello di mia figlia Valentina che piange per la centesima volta nel rivedere giustappunto per la centesima volta il film "Incompreso" di Luigi Comencini, quello del poeta australiano Les Murray nell'indossare i calzoncini (ne parla in una poesia del suo **Un arcobaleno perfettamente normale**: "Andare a casa e portare per sempre i calzoncini/.../accamparsi per sempre sulle anse del fiume/in calzoncini, un temperino/una canna da pesca, un accendino/o in calzoncini star seduti in veranda/la sera, quando i colli scompaiono dietro la pianura"...)) o quello, anzi quelli, di



Bertolt Brecht descritti ne **La prima occhiata**: *“La prima occhiata dalla finestra al mattino/Il vecchio libro ritrovato/Visi entusiasti/Neve, il mutamento delle stagioni/Il giornale/Il cane/La dialettica/Docce, nuotare/Vecchia musica/Scarpe comode/Comprendere/Nuova musica/Scrivere, piantare/Viaggiare, cantare/Esser cortesi”*... son tutti quanti piaceri di cui fare buon uso, perché son veri e non immaginari, utili alla cura di sé e dalla cura di sé governabili, liberi e tipici di persone libere: quelle che provano piacere a provare i propri peculiari e non massificati (immaginari, giustappunto) piaceri ovvero ad andare dove vogliono loro e non dove le mandano le agenzie di viaggio; a comprare ciò di cui hanno bisogno e voglia non ciò che dice loro di comprare la televisione; a mangiare la frutta quando ne sentono il desiderio e non quando lo prescrive il dietologo... insomma a fare – avendo cura di sé e non delegandola a nessuno – ciò che va loro di fare e non ciò che loro indica questa o quella autorità scientifica, politica o religiosa (che, peraltro, si guardan bene dall’ignorare pregiudizialmente così come dall’ubbidire stupidamente). Come ha scritto, a proposito di Foucault, uno dei suoi più attenti esegeti italiani, Salvatore Natoli (nel suo **La verità in gioco. Scritti su Foucault**): *“La cura di sé, il governo del desiderio sono le strategie idonee per guadagnare una piena autonomia, per cercare di divenire...liberi, per istituire giuste e riuscite relazioni con gli altri. Nella stilizzazione della vita degli antichi, nell’immersione entro le profondità della tradizione cristiana si possono reperire gli strumenti per conquistare e preservare la propria forma. Non una morale della soggezione, ma un’estetica dell’esistenza”*. Proprio questa **estetica dell’esistenza**, o **arte della vita** come la chiama Christoph Horn (docente di filosofia morale e antica all’Università di Bonn: lo fa nel titolo del suo libro **L’arte della vita nell’antichità**) sia l’unica che può condurci a fare buon uso dei veri (nostri, autentici) piaceri, invece che a diventar schiavi dei venditori di

falsi piaceri e dei prescrittori della salute per forza: gli uni e gli altri, meno contrapposti di quel che sembra, tipici rappresentanti d’un tempo, il nostro, caratterizzato, come dice polemicamente Horn, da *“...regole di comportamento vincolanti...”* e dunque più orientato a predicar l’obbedienza alla norma che la libera e autonoma scelta razionale. Non a caso, come reazione e resistenza a questo contemporaneo **mondo regolato**, *“...negli ultimi due decenni – afferma lo stesso Horn - si è sviluppato un grande e diffuso interesse per la concezione antica di arte della vita. Quest’interesse è dovuto alla crescente avversione per visioni del mondo prive di riflessione e per aspettative rigidamente prefissate del ruolo da avere nella vita: il modello antico, invece, viene associato con l’ideale di un uso autonomo della ragione e di una libera autodeterminazione...”*. In quest’ottica, ricerca del piacere e ricerca della virtù non sono affatto in contraddizione, anzi tendono ad identificarsi, come ben sapeva quel grande curatore di se stesso (un vero antico posto alle soglie della Modernità) che fu Michel de Montaigne, il quale ebbe a scrivere: *“... perfino nella virtù, l’ultimo scopo della nostra aspirazione è il piacere...”*: il piacere della scelta virtuosa, della decisione etica libera e personale. Per cui, aggiunge Montaigne, *“...noi dovremmo dare ad essa (cioè alla stessa virtù) il nome del piacere, che è più propizio, più dolce e naturale...”*. Come già si è detto, praticare il buon uso dei piaceri e la cura di sé è attività strettamente personale ma non necessariamente solitaria: anzi, il dialogo, la conversazione, lo scambio d’idee, il reciproco aiuto, la ricerca del buon consiglio da parte di altri son sempre stati, a partire dall’antichità classica, aspetti e processi fondamentali del conoscere e curare se stessi, in modo libero e autodeterminato. La persona autodiretta (l’opposto di quella persona eterodiretta – dai politici, dagli esperti, dai giornalisti, dai pubblicitari e così via – che è tipica della nostra epoca, come ebbe a scrivere nel suo **La folla solitaria** uno dei

maggiori sociologici americani del Novecento, David Riesman) non è affatto una persona sola (un membro, giustappunto, della folla solitaria) bensì una persona inserita in una rete virtuosa di amici e consiglieri, che l’aiutano ad arricchire e non a mortificare la sua libertà, la sua capacità di scelta, la sua personalità, in quanto fondano il loro rapporto con lei su un principio consulenziale e non normativo, dialogico e non prescrittivo. Credo che il nostro tempo abbia tanto bisogno di questo: di consiglieri e non di prescrittori, di consulenti dialoganti e non di esperti cattedratici. Non a caso sta cominciando anche in Italia ad affermarsi la pratica della **consulenza filosofica**. Come scrive nel suo **La consulenza filosofica. La filosofia come opportunità per la vita** uno dei suoi padri fondatori, Gerd Achembach, a tale tipo di consulenza accedono sempre più numerosi *“...individui per i quali non è sufficiente solamente vivere..., ma piuttosto cercano di rendersi conto della propria vita, sui contorni della quale – il da dove, il dentro dove, il verso dove – sperano di fare chiarezza... In breve: cercano la consulenza filosofica perché vogliono capire ed essere capiti. Ciò che li muove non è quasi mai la domanda di Kant: Che cosa devo fare? Bensì la domanda di Montaigne: Che cosa sto facendo?...”*. Ma questa funzione di ascolto e consiglio - che sappia aiutare le persone a capire e capirsi; che le faccia diventare sempre più libere e autodeterminate e non deleganti ed eterodirette; che non le ponga nella condizione di sentirsi prescrivere dall’altro, cui si sono rivolte in cerca giustappunto di dialogo e d’aiuto, cosa debbono fare bensì di ricevere da lui strumenti cognitivi ed emotivi per comprendere, loro, cosa stiano facendo – non dovrebbe essere, anche e soprattutto, quella del medico (diciamo pure, del medico/filosofo com’egli era considerato nell’antichità)? Questa competenza dialogica, che aiuta gli altri non ad adeguarsi a una norma bensì a scoprire se stessi che Achenbach attribuisce al consulente filosofico, non do-

vrebbe essere parte integrante della professionalità del medico, alfine schierato, nei confronti dei propri pazienti, sul fronte del sapere/piacere invece che su quello del sapere/potere? Ecco che, dopo un lungo aggirarsi nella storia della filosofia antica e moderna, siamo giunti al problema dell'auspicabilmente diversa dislocazione del medico di domani rispetto alle forze in campo descritte da Foucault: sempre meno sacerdote dell'oggettività della norma e sempre più aiuto alla soggettività della persona, sempre meno esperto in cerca di deleghe e sempre più consulente sapiente dell'altrui cura di sé. Paul Veyne, di Foucault amico ed esegeta, racconta com'egli fosse sempre molto impegnato "...nel mettere le proprie teorie alla prova su se stesso, nel vivere la propria filosofia e nel compenetrarsene, come voleva la saggezza antica". Di tale saggezza antica faceva parte (ma dovrebbe tornare a far parte anche di un'eventuale saggezza moderna) anche la **melete**

thanatou, la **meditazione della morte**: quella che impegnò profondamente Foucault negli ultimi mesi della sua vita, come esercizio spirituale che fu per lui anche una preparazione alla prossima e troppo precoce morte. L'arte di vivere è fatta anche di arte del morire e anche nella competenza di perfezionare quest'ultima nei propri amici/pazienti i medici – in quanto, alfine, consulenti di buona vita – dovrebbero diventare sempre più bravi. ■

■ Bibliografia

- G. A. Achenbach: "La consulenza filosofica. La filosofia come opportunità per la vita", Apogeo, Milano, 2004.
- G. Bateson: "Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente", Adelphi, Milano, 1996.
- G. Bateson: "Questo è un gioco", Cortina, Milano, 1996.
- E. bencivenga: "Parole che contano. Da Amicizia a Volontà. Piccolo dizionario politico-filosofico", Mondadori, Milano, 2004.
- M. Bettini: "I classici nell'età dell'indi-

screzione", Einaudi, Torino, 1995.

- B. Brecht: "Poesie e canzoni": Einaudi, Torino, 1961.
- J.P. Changeux: "Piacere a ragione. Dalla scienza all'arte", Cortina, Milano, 1995.
- P. Delerme: "La prima sorsata di birra e altri piccoli piaceri della vita", Frassinelli, Torino, 1998.
- M. Foucault: "La volontà di sapere", Feltrinelli, Milano, 1978.
- M. Foucault: "L'uso dei piaceri", Feltrinelli, Milano, 1984.
- M. Foucault: "La cura di sé", Feltrinelli, Milano, 1985.
- C. Horn: "L'arte della vita nell'antichità", Carocci, Roma, 2004.
- L. Murray: "Un arcobaleno perfettamente", Adelphi, Milano, 2000.
- S. Natoli: "La verità in gioco. Scritti su Foucault", Feltrinelli, Milano, 2005.
- G. Reale: "Corpo, anima, salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone", Cortina, Milano, 1999.
- D. Reisman: "La folla solitaria", Milano, Bologna, 1963.
- F. Savater: "Etica come amor proprio", Laterza, Bari, 1994.
- P. Veyne: "Michael Foucault, La storia, Il nichilismo, la morale", Ombre Corte, Verona, 1998. ■



L A PRIMA CASA DELLA SALUTE NASCE A CASTIGLION FIORENTINO

Bruno Benigni

Presidente Istituzione della Provincia di Arezzo "Centro Franco Basaglia"

C'è voluta la chiusura di un ospedale per far nascere nel territorio la prima Casa della salute. È quello che sta avvenendo a Castiglion Fiorentino per iniziativa congiunta del Comune, dei Medici di famiglia di Castiglion Fiorentino, dell'Azienda sanitaria e della Regione Toscana. Eppure l'esigenza di organizzare nel territorio, ovunque, fuori dell'ospedale, un sistema sanitario fatto di prevenzione, di buone cure primarie e di riabilitazione era presente da tempo, a partire dall'avvio della riforma sanitaria del 1978.

Le ragioni di tanto ritardo sono molte e tutte legate alla tormentata vita del Servizio sanitario nazionale che ha dovuto fare i conti non solo con la pochezza delle risorse e con il prevalere della spesa storica concentrata nel sistema ospedaliero, ma anche con la pigrizia e il conservatorismo di categorie e di amministratori.

È sintomatico che oggi anche dall'ospedale parte la richiesta di una sanità territoriale efficace, in grado di evitare i ricoveri impropri e consentire lo svolgimento di una funzione rivolta alla complessità della fase acuta della malattia.

Comunque sia, ora si è imboccata la strada giusta di mettere fine alla dispersione e alla marginalità del sistema sanitario territoriale, per esigere nuovi modelli organizzativi e piena assunzione di responsabilità rispetto alla domanda di salute e di cura della popolazione.

Si è cominciato con un'idea nuova di distretto impostato nella legge n. 229/'99, si sono fatti passi in avanti in Toscana con il Piano sanitario regionale che fa del territorio il baricentro della sanità pubblica, si è

aperta la discussione per realizzare nel distretto il Dipartimento distrettuale delle Cure primarie, si sta sperimentando la Società della salute e ora, quasi a suggello di questo complesso percorso di rinnovamento, si è passati alla Casa della salute.

Bisogna dire che tutte le pur necessarie scelte nazionali e regionali richieste per dare alla sanità territoriale risorse finanziarie, professionali e tecnologiche all'altezza dei bisogni sarebbero vane o scarsamente produttive per un progetto salute se mancasse, come oggi accade, un sistema integrato di servizi sanitari e sociali nell'ultimo anello della catena del sistema, quello più vicino alla popolazione da cui parte la domanda di cura e da cui è necessario e possibile attivare il percorso della risposta.

La Casa della salute adempie a questo compito.

Infatti, nella Casa della salute trovano compimento la Convenzione per la Medicina generale che prevede e sostiene la medicina di gruppo, la delibera della Regione Toscana per l'attivazione sperimentale delle Unità di Cura Primarie e i progetti di integrazione tra sanità ed assistenza sociale presenti e proposti in tutte le leggi e in tutti i Piani nazionali e regionali.

La novità è, dunque, straordinaria per i cittadini e per gli operatori della sanità come del Servizio sociale.

Infatti, finisce per i cittadini il labirinto di una galassia dispersiva di Uffici, di studi medici, di ambulatori, di presidi che costringono la persona a fare "il giro delle sette chiese" alla ricerca della risposta appropriata: nella Casa della salute, invece, i cittadini troveranno lo Sportello

unico, integrato tra Cup e Segretariato sociale, che non solo informa e prenota, ma realizza la presa in carico per il fatto che essa è la sede delle Cure primarie e dei Servizi sociali. Per i medici di famiglia, si realizza la condizione necessaria per sviluppare il lavoro di gruppo, per giovare di una segreteria amministrativa, per costruire programmi di trattamento terapeutico con gli infermieri, con i terapisti e con i servizi sociali, per utilizzare tecnologie diagnostiche elementari, per stabilire un rapporto di consulenza a distanza con gli specialisti e l'ospedale tramite la telemedicina, per disporre di alcuni posti letto di degenza territoriale, utili quando le cure non possono essere praticate né al domicilio né in ospedale.

La Casa della salute consente di integrare quello che attualmente è diviso e disperso e nello stesso tempo dà autorevolezza e qualità scientifica al sistema delle Cure primarie come non sarebbe possibile lasciando sussistere la dispersione degli studi medici.

La Casa della salute non è una struttura rigida, ma aperta e flessibile, che consente, tramite l'informatizzazione, di tenere in rete, per le attività comuni programmate e coordinate, anche gli operatori e le attività sociosanitarie che eventualmente restano all'esterno del presidio.

La Casa della salute non è un tradizionale poliambulatorio e neppure un banale supermarket dispensatore di prestazioni, ma un centro dinamico che organizza al meglio le risorse professionali, porta all'esterno, fino al domicilio, le attività sociosanitarie, sviluppa programmi di prevenzione primaria, di diagnosi precoce e di educazione alla salute per i quali è indispensabile la partecipazione dei cittadini, singoli e associati.

È possibile, pertanto, stabilire un nuovo rapporto tra servizio socio-sanitario pubblico e comunità e far diventare la Casa della salute l'anello di congiunzione tra la domanda di salute e di cura dei cittadini e il sistema sanitario nel suo complesso, compreso naturalmente l'ospedale. È del tutto evidente che la chiave di

volta della Casa della salute è data dalla presenza e dall'iniziativa e anche dalla passione etica dei medici di famiglia, ma è proprio di questi professionisti che il sistema sanitario ha bisogno per gettare fondamenta stabili a tutto il sistema sanitario nazionale.

A Castiglion Fiorentino si è realizzato un proficuo incontro tra Casa della salute, Comune, Azienda sanitaria e medici di famiglia ed è questa collaborazione che lascia sperare in un felice esito di questa importante innovazione del sistema sanitario. ■

MEDICI DI FAMIGLIA, PROGETTO "ENEA" E CASA DELLA SALUTE

Angori Piero, Brocchi Danilo, Conti Marco, Failli Marcello, Calzini Flavio, Lovrencic Giuseppe, Faralli Ugo, Pellegrini Mauro

Medici di Medicina Generale di Castiglion Fiorentino - Arezzo

Premessa

Il progetto con cui ci siamo presentati, nel Dicembre 2004, al Convegno organizzato al Teatro Comunale di Castiglion Fiorentino, lo abbiamo denominato "Enea", dal nome dell'eroe troiano costretto a prendere la via dell'esilio rinunciando a tutte le garanzie e sicurezze fino a quel momento conquistate, assumendosi in prima persona la salvezza del padre (terza età) e del figlio (futuro), senza modelli o rifugi precostituiti; predestinato poi a dare nel tempo i natali a una civiltà millenaria.

Riteniamo di vivere un cambiamento epocale e storico. In questa prospettiva e in questa fase il medico di Medicina Generale cerca di affinare le sue potenzialità per fornire un'assistenza medica di qualità oltre che di quantità in modo da rispondere agli obiettivi del Servizio sanitario pubblico e del Piano sanitario regionale; usufruendo, conovogliando e finalizzando eventuali apporti privati se proponibili e compatibili. ■

Le motivazioni

Il MMG è per formazione, per storia e per esperienza la figura che conosce e vive più da vicino i problemi e la vita della popolazione, dunque

del territorio, dove acquisisce e impiega per la salute conoscenze a valenza multipla (sanitaria, ambientale, sociale ed etica, nel senso di una disponibilità a condividere i problemi della comunità).

I problemi che più assillano l'ambito familiare, quindi territoriale, in questo momento storico sono rappresentati dalla gestione dell'anziano e delle fasce di popolazione cosiddetta "fragile", problemi che potrebbero essere fonte di pesanti lacerazioni sociali e anche di divario generazionale qualora venisse meno lo spirito di raccordo e di supporto tra una generazione e l'altra tramite l'attuale.(ENEA)

Considerata la limitazione sempre più marcata delle risorse e la riduzione dei posti letto in ambito ospedaliero, sono prevedibili ricadute sul territorio di problematiche non solo sanitarie, ma anche sociali: un esempio chiaro e univoco in termini di economia non solo sanitaria può essere rappresentato dalla perdita di giornate lavorative per i familiari di un paziente allettato a domicilio.

Pertanto, una migliore gestione del territorio e una valorizzazione della Medicina Generale possono solo favorire in ogni senso una vera e



seria razionalizzazione della spesa sanitaria.

Ad esempio, la strada non è quella di ridurre tutto ad un unico ed abusato indirizzo di semplice taglio sulla spesa del farmaco, con interventi vessatori nei confronti dell'ultimo-primo anello di contatto tra paziente-cliente e medico operante in ambito del SSN, ma è quella di una complessiva politica del controllo a monte oltre che dell'impiego a valle. Si tratta di agire sul piano della qualità e dell'appropriatezza, con un'economia del farmaco che parta dalla ricerca e dalla produzione per passare alla distribuzione e al contenimento del prezzo, dall'informazione alla appropriatezza della prescrizione, ma anche alla educazione del cittadino.

È la qualità di una gestione generale cui bisogna puntare e dunque è un nuovo sistema che deve essere realizzato.

Per questo ci siamo proposti, tramite le opportunità previste dalle attuali norme sanitarie, di fornire un apporto gestionale certamente razionalizzante, ma in termini di impiego delle risorse globali, rispettando le esigenze reali e pertinenti del singolo paziente; per questo abbiamo optato per una collaborazione integrata con altre figure e/o gruppi professionali del settore a noi collegabili, non solo con cooperative sociali (coinvolgibili a seconda delle esigenze da affrontare), ma anche con personale sanitario e amministrativo qualificato, da amalgamare secondo progettualità compatibili con leggi nazionali e regionali. ■

Gli obiettivi e gli assetti organizzativi

Medici di medicina generale intendono realizzare nella Casa della salute alcuni obiettivi e alcune condizioni di lavoro prioritarie. In particolare:

1. La creazione di équipes territoriali, convenzionalmente formalizzate in sede di Accordo nazionale e in sede di Accordo regionale, con articolazione di personale infermieristico e medico nell'arco delle 12 ore, così

che coordinandosi con la Continuità Assistenziale si arrivi a una copertura delle 24 ore.

2. Ambulatori dedicati per patologia da concordare secondo le esigenze del territorio gravitante su detta struttura.
3. Assistenza medica turistica e/o a soggetti non assistiti dal SSN, con ambulatorio dedicato, relativo allo spazio destinato alla Continuità Assistenziale, secondo tariffe regionali.
4. Organizzazione e gestione del CUP, con apertura pomeridiana.
5. Gestione letti di degenza territoriale diurna per particolari patologie e con rigorosi protocolli di accesso.
6. Telemedicina secondo opportunità diagnostiche concordabili, in particolare atte a fornire un interscambio in tempo reale di refertazioni varie tra la struttura ospedaliera e postazione o postazioni ambulatoriali dei medici di Medicina Generale nell'UCP.
7. Presenza del medico Met-118 nell'UCP, relativo a prestazioni di primo soccorso, onde favorire il recepimento dei codici bianchi, con un'azione di filtro verso i Pronto Soccorso di Arezzo e della Fratta.
8. Poliambulatorio specialistico in ambito SSN, con MMG specialisti e con eventuale potenziamento di alcune branche più a rischio.
9. Cogestione\affiancamento da parte di un medico MG, eletto tra quelli partecipanti all'iniziativa, del governo clinico del territorio coinvolto secondo norme regionali.
10. Applicazione inderogabile, secondo convenzione, di cambio medico dietro accettazione scritta del medico ricevente, considerata l'avvenuta configurazione di medici in associazione e in rete.
11. Scelta di sede ambulatoriale per elaborare da parte dei MMG progettualità finalizzate a esigenze comuni o a prestazioni libero professionali: Es. recupe-

ro tetto PPI, attivazione ambulatoriale specialistiche a gestione MMG.

12. Presenza di una sala per riunioni con relativo arredamento per corsi di aggiornamento; l'Associazione dei medici di MMG secondo le varie iniziative fornirà i mezzi utili all'aggiornamento secondo richiesta dei relatori e sulla base degli argomenti trattati. ■

Alcune indicazioni

Questo "Progetto Enea" rappresenta un apporto collettivo dei Medici di Medicina Generale di Castiglion Fiorentino, equiparabili a medicina di gruppo o ad altra definizione, quale UCP-UTAP, secondo gli standard previsti dalla Convenzione nazionale/regionale e dall'Accordo aziendale.

Questi i capisaldi:

- I MMG di Castiglion Fiorentino liberamente, in base a singola adesione, forniranno la propria disponibilità per effettuare attività ambulatoriale nella Casa della salute di Castiglion Fiorentino, in seguito ad accordo preliminare in cui *sia stabilita una garanzia di continuità nel tempo per tale allocazione.*
- I locali e gli spazi considerati utili e vitali per la quotidiana attività devono essere agibili secondo le leggi vigenti e le normative d'uso, concordati preventivamente con i Medici di Medicina Generale.
- I livelli organizzativi e le forme di collaborazione forniti dal singolo medico al momento attuale non solo devono essere mantenuti, ma dovranno essere implementati sia con personale amministrativo che infermieristico.
- I costi per le diverse utenze (acqua, luce, riscaldamento, pulizie, telefono per i collegamenti intra Asl) dovranno essere a carico dell'Azienda sanitaria locale.
- Il MMG può garantire in ambito informatico il software e relativa manutenzione con costi di gestione concordabili con

Asl secondo accordo e stime nazionali. Allo stesso modo saranno da considerare a carico della Asl n. 8 i computer e i relativi annessi e connessi, i collegamenti in rete fra medici e collaboratori, il collegamento esterno intranet con l'Azienda sanitaria,

- Apparecchiature per Telemedicina da concordare, con cablaggio della struttura. ■

Criticità

Mentre le difficoltà emerse in fase di progettualità e la condivisione politica si sono "dimostrate" entro limiti fisiologici, patologici sono divenuti i tempi di applicazione e la capacità di comunicazione. Difficoltà di comunicazione non solo tra istituzioni e figure professionali, ma entro le istituzioni stesse nel recepire e trasmettere tra sede e sede, ufficio e ufficio quanto già elaborato.

Altro elemento che dovrà essere verificato sarà la convivenza in uno stesso ambito di più professionisti con diverse professionalità e particolarità; in questo caso oltre le capacità professionali sarà fondamentale ricorrere al buon senso e alla tolleranza reciproca.

Dovranno essere migliorate le possibilità d'accesso alla Casa della Salute sia come viabilità, sia come opportunità logistica per gli utenti sia per ricettività degli autoveicoli (leggi parcheggi).

Conclusioni

Riteniamo che l'aspetto sociale e il vantaggio globale della costituzione di un mirato centro sanitario vada a complessivo vantaggio di tutta la comunità castiglionesa, in primis, ma a vantaggio di tutta l'utenza della Valdichiana, al di fuori di logiche settoriali superate dalla evoluzione storica della sanità. La sfida vede coinvolti a maggior ra-

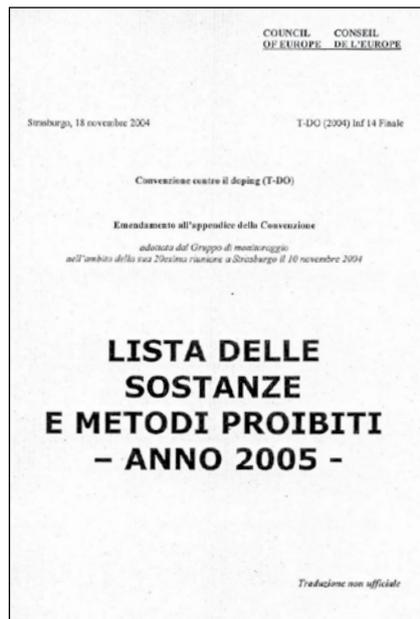
gione i cittadini-utenti-clienti che, se sapranno usufruire e utilizzare al meglio la struttura, senza abusi e storture, partecipando e impegnandosi, avranno a disposizione un consistente presidio sociosanitario di accoglienza non più ospedaliero, ma adeguato alle esigenze del territorio. Così si completerà o meglio si darà inizio al quel cammino che inevitabilmente vede in unione ospedale, territorio ed emergenza, pronti a interagire per un unico scopo: la gestione della salute, razionalizzando le risorse in un'ottica di riordino non di vessazione. Desideriamo apportare un contributo propositivo, educativo e qualificante dimostrando che i Medici di Medicina generale forniscono un apporto al "*bene comune*", con attività proiettate verso un futuro di miglioramento qualitativo e professionale, rispettando l'idea che "*Volare insieme è meglio che precipitare isolati*". ■



L MEDICO DI FAMIGLIA ED IL PROBLEMA *DOPING*

Tommaso Regi

Medico sportivo



Prodotti da banco - Cachet -

- Acido acetilsalicilico + caffeina
Cafiaspirina
- Acido acetilsalicilico+caffeine+alluminio ossidoidrato
Viamal ad
- Acido acetilsalicilico+clorfenamina+caffeine
Neocorocidin
- Acido acetilsalicilico+glicina+caffeine
Geyfritz
- Caffeina
Azerdol
Cafergot
Mindol
Raffreddomed
Triaminic
Vasobral
VirDEX
- Paracetamolo+isopropamide ioduro+difenidramina+caffeine
Fluvaleas
- Paracetamolo+propifenazone
Veramon
- Paracetamolo+propifenazone+caffeine
Influrem
Micranet
Neoptalidon
Omniadol
Saridon
- Paracetamolo+propifenazone+caffeine+tiamina
Odontalgico Knapp B1
- Paracetamolo+salicilamide+caffeine+tripelennamina
Anticorizza Ognà
- Propifenazone+butalbital+caffeine
Optalidon
- Propifenazone+caffeine
Alfazina
Caffalgina
Sedol

► Parole chiave

Medicina generale, prescrizione di sostanze doping.

Presentazione della Ass. Medico Sportiva Dilettantistica Aretina

Il tema del Doping non è attuale solo grazie al clamore nazionale ed internazionale decretatone dai media. E' anche materia sempre più complessa, per l'inventiva dei malfattori e per le potenzialità di reato sempre più "sostanziate" permesse da scienza e tecnologia; per il complicarsi della normativa a riguardo. In tale ragnatela rischia sempre più spesso il medico. A maggior ragione il medico di famiglia, solitamente più lontano da tali problematiche e quindi il più inconsapevole. Pur comunque il maggior prescrittore anche nei confronti di atleti. Vale la pena quindi, ci pare, approfondire l'argomento. Questo articolo vuole essere solo lo spunto per possibili future occasioni di aggiornamento.

Roberto Cecchi

Presidente Associazione
Medico Sportiva
Dilettantistica Aretina

Negli ultimi anni si è diffusa, fra la popolazione, l'abitudine di praticare attività sportiva con frequenza e metodica. Sia la libera attività (corsa, jogging, palestra, scuole di ballo, calcetto, volley, piscina etc) che quella organizzata in palestre, campi di calcio, ciclismo su strada, corsi di qualunque genere di gruppo o individuali mettono in movimento un numero tanto grande di cittadini da coinvolgere anche l'at-

tività quotidiana dei medici di famiglia. Chi si dedica ad attività fisica si propone di raggiungere obiettivi che possono essere i più variabili: perdere peso, migliorare lo stato di salute, fare gruppo, essere più efficiente fisicamente ed intellettualmente, migliorare la propria capacità di prestazione.

Il modello di riferimento è lo sport famoso, appariscente, professionistico, olimpico e purtroppo a volte prevale l'imitazione degli aspetti negativi. Intendo riferirmi a metodiche, pratiche, assunzioni di sostanze che possono essere dannose, ingannevoli, dopanti e sotto questo aspetto il medico di famiglia può essere reso corresponsabile professionalmente, eticamente e legalmente.

E' opinione corrente e diffusa che sia possibile migliorare le proprie capacità e prestazioni ricorrendo ad additivi chimici e/o metodiche di lavoro che in qualche maniera accorcino i tempi ed aumentino quantità e qualità della capacità di lavoro.

Opinione che è rafforzata da strutture, anche multi- e supra-nazionali, dedicate a diffondere in tutti gli strati sociali e culturali messaggi fasulli e ingannevoli finalizzati al solo commercio di sostanze sicuramente inutili ma spesso pericolose per la salute.

Per porre rimedio a questa situazione è stato affidato ad un organismo internazionale, con sede in Svizzera e denominato WADA, il compito di identificare tutti i principi attivi, i metodi ed i sistemi in grado di provocare alterazioni nell'organismo in occasione di pratica sportiva.

Apparentemente sembra che sia stato risolto tutto; al contrario sono stati aumentati i problemi perché se è vero che i principi attivi sono uguali in tutto il mondo non sono uguali i nomi commerciali, non è uguale la farmacopea, non è uguale la legislazione per la classificazione degli stessi principi attivi (es. il Nandrolone negli USA è considera-

NORME DI COMPORTAMENTO

FARMACI STRANIERI

Controllare sempre sulla scatola il nome del principio attivo e confrontarlo con l'elenco italiano.

PRODOTTI OMEOPATICI

Potrebbero contenere principi attivi vietati. Prima di assumerli informarsi con estrema accuratezza.

PRODOTTI DI ERBORISTERIA

Potrebbero contenere principi attivi vietati.

In particolare fare attenzione a quelli provenienti da Cina e Brasile perché sembrano contenere in quantità dosabile ormoni vegetali e steroidi.

PREPARATI GALENICI E OFFICINALI

Preparazioni confezionate da farmacie volta per volta su presentazione di ricetta medica se contenenti principi attivi proibiti sono in tutto e per tutto equivalenti a quelli industriali

ADDITIVI ED ECCIPIENTI.

È possibile che prodotti assolutamente legali possano contenere come eccipienti o additivi sostanze proibite o loro precursori: accertarsi con estrema pignoleria.

IPERDOSAGGIO

Somministrare quantità di farmaci o principi attivi superiori a quelle consigliate dalla farmacopea ufficiale e riportate nei foglietti di istruzione è proibito;

(... siamo proprio sicuri che serve a qualcosa?...)

Può dunque rientrare nel capitolo doping.

to un semplice integratore e pertanto non è dichiarato in etichetta); principi attivi contenuti in preparati di erboristeria hanno la stessa valenza e positività dei preparati farmaceutici, i fitoterapici contengono principi attivi equivalenti o uguali ai farmaceutici, per i magistrali è la stessa cosa etc.

Al medico di famiglia vengono richieste le prescrizioni più strane con le più strane motivazioni. Come può il Professionista non incorrere nei fulmini della deontologia ed evitare denunce di ogni genere? Solo con la conoscenza!!!

La WADA ha come lingue ufficiali l'Inglese ed il Francese. In caso di discrepanza per la traduzione vale l'Inglese. E' in queste due lingue che il 1° novembre di ogni anno

viene pubblicato l'elenco dei metodi, sistemi e principi attivi proibiti; la normativa entra in vigore il 1° gennaio dell'anno successivo e vale fino al 31 dicembre. Tutti gli anni ci sono delle novità: alcuni principi attivi vengono declassati: ad es. nel 2005 sono stati declassati gli anestetici locali ma è stata introdotta la finasteride.

Si tratta di un bel librone di circa 180 pagine pieno zeppo di nomi, da consultare come la Bibbia. Ma tutto questo non basta a risolvere il problema perché altre variabili sono rappresentate dai regolamenti delle singole federazioni. Così mentre l'UCI (Union du Cyclisme Internazionale) stampa ed aggiorna durante l'anno i farmaci proibiti ed invia regolarmente agli iscritti le novità, altre federazioni non se ne preoc-



MEMORANDUM PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI ESENZIONE PER USO TERAPEUTICO

1. La lista delle sostanze vietate e dei metodi proibiti redatta dalla **WADA**, di norma aggiornata annualmente, entra in vigore il 1° gennaio di ogni anno.
2. Per le procedure inerenti alla concessione dell'esenzione ai fini terapeutici si fa riferimento **agli appositi standard internazionali WADA** recepiti dal **disciplinare esenzioni a fini terapeutici del CONI**.
3. **Se non ricorrono le condizioni per cui la richiesta deve essere inviata alla FIFA o all'UEFA**, la richiesta di esenzione va inviata alla Commissione Antidoping FIGC (fax 06/85213416) e alla Sezione Medica di Coverciano (fax 055/5090280). La Commissione Antidoping FIGC provvederà ad inoltrare la richiesta al CEFT del CONI, che è l'organo competente all'esame delle richieste.
4. **La richiesta di esenzione** deve essere compilata su appositi moduli che, a seconda della **sostanza** e della **via di somministrazione** indicate, sono:
 - **TUE abbreviata (ATUE)**
solo per beta-2 agonisti **per inalazione** e/o glicocorticosteroidi **per via non sistemica** (cioè tutte le vie diverse da quella orale, rettale, endovenosa e intramuscolare. I glicocorticosteroidi per uso dermatologico non richiedono TUE)
 - **TUE standard (TUE)**
per tutte le altre richieste

Si consiglia l'utilizzo di fax cover con indicazione della Società di riferimento e dei recapiti (anche cell.) da contattare in caso di necessità.

cupano minimamente, altre ancora mettono in giro dei "Bignami" assolutamente insufficienti e talora fuorvianti.

Come comportarsi quando il paziente chiede se il tal prodotto è lecito o no?

Per primo in Italia ho pubblicato un testo ("Doping"- Alberti Editore) quando divenne reato penale l'utilizzo di sostanze proibite; ma l'importanza della materia non è stata subito afferrata. Ebbi modo allora di sottolineare come prodotti da banco, di erboristeria, galenici e magistrali potevano rientrare fra i proibiti e sottoporre anche il prescrittore ai fulmini della legge. Né va dimenticato l'obbligo di rispettare le indicazioni per le quali il farmaco è stato registrato e la posologia.

Il Ministero della salute si è adeguato mettendo nel sito l'elenco completo dei prodotti in commercio in Italia ma sono rimasti fuori quelli da banco, fitoterapici etc.

Dunque siamo tornati al punto di partenza poiché il marchietto "Doping", obbligatorio per l'identificazione immediata, non si trova su tutte le confezioni contenenti principi attivi classificati dopanti.

Il medico di famiglia può essere tirato dentro dai comportamenti tenuti da pazienti normalissimi che non fanno attività particolarmente impegnative ma frequentano palestre o associazioni amatoriali più o meno organizzate. E' notorio che in determinati ambienti vengono utilizzate sostanze capaci di alterare il metabolismo naturale (ormoni anaboliz-

zanti, attivatori metabolici, mascheranti, broncodilatatori, insulina etc). E questo accade il più delle volte all'insaputa del medico di famiglia.

Un esempio recente ha avuto per protagonista un principio attivo somministrato all'atleta da un istituto specializzato, di cui erano a conoscenza solo la persona e l'istituto attore.

La casualità di un controllo antidoping ha rivelato la presenza dello stesso nelle urine con immediata applicazione delle norme sanzionatorie. Fin qui niente di straordinario. E' poi emerso che tale sostanza non poteva essere commercializzata come preparazione magistrale in Italia poiché coperta da brevetto.

A cosa sarebbe potuto andare incontro il medico di famiglia che in piena buona fede avesse trascritto la preparazione? Quale può essere l'approccio corretto al problema così complesso e sfuggente se non l'informazione e l'aggiornamento costante?

C'è poi da risolvere la compatibilità fra le terapie indispensabili per chi è ammalato (es. allergia) e la proibizione delle stesse nella pratica sportiva.

E questo è un altro rischio per il medico di famiglia essendo le esenzioni regolate da un disciplinare molto rigido e particolareggiato che non ammette deroghe.

Non sempre il legislatore è chiaro nel disciplinare la materia e chi è chiamato a decidere non può trovare sicuri punti di riferimento sul comportamento da tenere per conservare la salute ed il posto di lavoro.

Ma anche per gli amatori e per i dilettanti sussiste la stessa problematica perché la legge parla di sostanze, sistemi e metodi proibiti in occasione di sport.

E' dunque assurdo che seri e preparati professionisti rischino di essere paragonati ai "famosi specialisti

di molte nazionalità" che periodicamente salgono alla ribalta per aver fatto vincere (...dicono loro...) atleti che non avevano mezzi per arrivare primi.

Come si può dedurre da questa breve disamina la materia è molto complessa; in perfetta buona fede si può sbagliare ed in voluta malafede si può razzolare fra lecito e illecito.

L'approfondimento indispensabile dovrebbe essere materia di almeno un incontro annuale dedicato all'analisi delle variazioni introdotte. ■

SOSTANZE PROIBITE IN PARTICOLARI DISCIPLINE SPORTIVE

P1. ALCOOL

L'alcool (etanolo) è proibito solo *in competizione* nelle seguenti discipline sportive. La presenza sarà rilevata tramite analisi dell'esperto e/o analisi del sangue. La soglia di violazione per ciascuna Federazione è indicata fra parentesi.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| • Aeronautica (FAI) (0.20 g/L) | • Karate (WKF) (0.10 g/L) |
| • Tiro con l'arco (FITA) (0.10 g/L) | • Pentathlon Moderno (UIPM) (0.10 g/L) per le discipline che |
| • Automobilismo (FIA) (0.10 g/L) | includono il tiro |
| • Biliardo (WCBS) (0.20 g/L) | • Motociclismo (FIM) (0.00 g/L) |
| • Bocce (CMSB) (0.10 g/L) | • Sci (FIS) (0.10 g/L) |

P2. BETA-BLOCCANTI

Salvo diversamente specificato, i beta-bloccanti sono proibiti solo *in competizione* nelle seguenti discipline sportive.

- | | |
|--|---|
| • Aeronautica (FAI) | • Pentathlon Moderno (UIPM) per le discipline che includono il tiro |
| • Tiro con l'arco (FITA) (proibito anche <i>fuori competizione</i>) | • Bowling (FIQ) |
| • Automobilismo (FIA) | • Vela (ISAF) solo nei timonieri di match race |
| • Biliardo (WCBS) | • Tiro (ISSF) (proibito anche <i>fuori competizione</i>) |
| • Bobsleigh (FIBT) | • Sci (FIS) nello ski jumping e snow board free style |
| • Bocce (CMSB) | • Nuoto (FINA) nei tuffi e nel nuoto sincronizzato |
| • Bridge (FMB) | • Lotta (FILA) |
| • Scacchi (FIDE) | |
| • Curling (WCF) | |
| • Ginnastica (FIG) | |
| • Motociclismo (FIM) | |

I beta bloccanti includono, ma non si limitano a:

acebutololo, alprenololo, atenololo, betaxololo, bisoprololo, bunololo, carteololo, carvedilolo, celiprololo, esmololo, labetalolo, levobunololo, metipranololo, metoprololo, nadololo, ossiprenololo, pindololo, propranololo, sotalolo, timololo.



PRESCRIZIONE DEI FARMACI "OFF LABEL": QUALI PROBLEMI PER IL MEDICO?

Giuseppe Miserotti

Presidente dell'Ordine dei Medici di Piacenza

■ *Ritenendo di operare correttamente nell'intento di fornire utile informazione ai Colleghi, pubblichiamo l'articolo che segue, apparso su "Piacenza Sanitaria" n° 3 del maggio-giugno 2006, a firma del dott. Giuseppe Miserotti Presidente dell'Ordine dei Medici di Piacenza. Alla sua persona, in questa sede, estendiamo il nostro ringraziamento per quanto concessoci.* ■

Dedico la pagina del Presidente di questo numero di Piacenza Sanitaria ad un aspetto della professione piuttosto importante sul quale sono stato più volte interpellato da diversi colleghi: la prescrizione di farmaci "off label", cioè al di fuori delle indicazioni delle vie e delle modalità di somministrazione autorizzate dal Ministero della Salute.

La prassi di prescrivere farmaci al di fuori dell'avallo regolatorio è piuttosto diffusa tra i medici, in particolare in alcune aree critiche quali quelle riguardanti l'apparato circolatorio nei suoi aspetti sia preventivi che curativi, in oncologia e psichiatria. Anche in aree di intervento terapeutico su patologie tendenzialmente croniche quali quelle reumatologiche o gastroenterologiche è relativamente frequente l'uso di farmaci al di fuori delle indicazioni previste dalle competenti autorità. Poiché il problema può essere foriero di "rimbalzi" di responsabilità tra colleghi ospedalieri e del territorio, di diatribe tra medici e farmacisti ma soprattutto per le implicazioni disciplinari e amministrative che la pratica può comportare, mi è parso utile intervenire nel merito.

La prescrizione e la somministrazione di un farmaco da parte del me-

dico esigono che la specialità medicinale sia stata preventivamente autorizzata dal ministero della Salute.

Per ottenere l'autorizzazione all'immissione in commercio di una specialità medicinale, l'azienda farmaceutica deve presentare al Ministero domanda contenente le informazioni idonee a garantire un livello di conoscenza sulle caratteristiche di sicurezza ed efficacia tali da legittimarne l'ingresso sul mercato. I Colleghi sanno bene che il lasso di tempo che intercorre tra la scoperta di una nuova sostanza farmacologica e la sua immissione in commercio richiede mediamente dieci anni. E' questo il tempo necessario per la necessaria sperimentazione clinica che prevede la preventiva valutazione tossicofarmacologica del farmaco, la successiva sperimentazione sugli animali, le valutazioni chimica, farmaceutica, biologica, farmacocinetica e farmacodinamica dello stesso come da rigido protocollo di investigazione previsto dalle leggi vigenti. Si passa quindi alla fase sperimentale clinica, condotta secondo le regole della buona pratica (good clinical practice) soggette a periodica revisione a cura della Conferenza internazionale di Armonizzazione che ne valuta aspetti scientifici ed etici nel rispetto dei diritti dei pazienti secondo il protocollo di Helsinki del 1964. Al termine degli studi clinici obbligatori l'azienda farmaceutica è in grado di sottoporre al Ministero della Salute il dossier completo dei requisiti di efficacia e sicurezza del farmaco che consentono al Ministero stesso di autorizzare l'immissione in commercio del farmaco (ben visibile sulla confezione del farmaco con la sigla A.I.C.

con relativo numero e data di autorizzazione). Il farmaco riporta con precisione indicazioni, dosaggi modalità e forme di somministrazione. Contestualmente all'AIC il Ministero definisce la classe di appartenenza cui il farmaco è destinato (classe A per farmaci a carico del SSN, classe C a carico dell'assistito). La peculiarità del prodotto (forse sarebbe meglio parlare di bene-farmaco) fa sì che il suo prezzo sfugga alla mera logica della domanda e dell'offerta. In particolare i farmaci a carico del SSN hanno un costo definito sulla base della valenza sociale del prodotto, tenendo presente quanto lo Stato è disposto a sostenere in termini di costi per ciascuna patologia considerando la sua prevalenza e la rilevanza sociale oltre che la sua gravità. Logicamente - le ultime finanziarie sono a ricordarcelo - entrano in campo anche valutazioni di contingenza politica ed economica nell'ambito più generale della disponibilità di spesa. Come abbiamo potuto vedere la prescrizione di farmaci da parte del medico è sempre stata sottoposta ad un principio generale regolatore che ne prevede la preventiva autorizzazione ministeriale per "modalità di somministrazione, dosaggi e indicazioni terapeutiche".

Analogamente la rimborsabilità del farmaco può avvenire solo in relazione alla modalità di somministrazione, ai dosaggi e per le indicazioni terapeutiche per cui il Ministero ha avallato l'autorizzazione stessa.

Questo concetto generale - nel 1998 anche in seguito all'ondata di emotività suscitata dal fenomeno del "multitrattamento Di Bella" - è stato ulteriormente rafforzato dal D.L. n. 94 che ribadisce con forza la necessità da parte del medico di prescrivere con rispetto assoluto secondo le indicazioni del foglietto illustrativo del farmaco. Tutto ciò tuttavia fatto salvo quanto previsto dai commi n. 2.e 3 dell'art 3 dello stesso Decreto. Il comma 2 "dispone che "in singoli casi il medico può, sotto la sua diretta responsabilità e previa informazione del paziente e l'acquisizione del consenso dello stesso, impiegare il far-

maco per un'indicazione o una via di somministrazione o una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata [...] qualora il medico stesso ritenga, in base a dati documentabili, che il paziente non possa essere utilmente trattato con medicinali per i quali sia già approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione e purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale". L'art. 3 del D.L. delinea in modo chiaro la prescrivibilità "off label" delineandone con precisione il campo d'azione e limitandone la discrezionalità da parte del medico. Infatti ad un'analisi attenta dell'articolo di legge si evince che la prescrizione off label deve avere alcune peculiarità:

- non deve essere una prassi generalizzata ma una prescrizione per casi circoscritti.
- deve essere dimostrata l'esistenza di trial scientifici accreditati che convalidino la scelta prescrittiva "fuori indicazione ufficiale".

L'art .1 comma 4 della legge 648 del 1996 ritiene lecita la prescrizione off label di una serie di farmaci predisposti in apposito elenco della CUF con la clausola "dell'uso compassionevole in ragione dell'assenza di alternative terapeutiche valide". Sono - questi ultimi - farmaci erogati a carico del SSN, che - non ancora autorizzati in Italia ma presenti in altri Stati - sono utilizzati con diversa indicazione da quella per cui sono stati approvati, a condizione che non esista valida alternativa terapeutica.

Ma le responsabilità del medico non terminano con la semplice valutazione prescrittiva. Infatti gli artt. 32 e 13 della Costituzione, che prevedono rispettivamente la non obbligatorietà ad un dato trattamento sanitario e la garanzia della propria integrità fisica e la salvaguardia della salute, richiedono il consenso del paziente in caso di prescrizione off label.

Come sempre - ma particolarmente in questo caso appare utile richie-

dere consenso scritto da parte del paziente dopo avere ben spiegato in modo chiaro e adeguato alla sua cultura e alla sua psicologia il senso della cura prospettata con particolare riguardo al rapporto rischio-beneficio (ivi compresi eventuali rischi di eventi avversi).

Per quanto riguarda gli aspetti economici della prescrizione off label è ovvio che questa non rientra nella rimborsabilità da parte del SSN. Solo i farmaci relativi all'uso compassionevole (fino ai limiti di copertura finanziaria) possono essere assunti a carico del SSN. Il medico che nell'esercizio della sua professione non rispettasse tale impostazione può incorrere sia in sanzione amministrativa da parte dello Stato o dell'Azienda Sanitaria (questi possono richiedere il rimborso del costo del farmaco prescritto indebitamente al di fuori della prescrizione prevista) che in segnalazione all'Ordine dei Medici per inottemperanza all'art. 19 del Codice deontologico (il ricorso a terapie nuove è ammissibile solo nell'ambito della sperimentazione clinica, e qualsiasi altro utilizzo è riprovevole).

Alla luce di quanto esposto e in analogia con quanto caldeggiato in altre ASL e in numerosi altri Ordini provinciali, chiedo ai colleghi tutti - sia operanti in strutture pubbliche o accreditate - di segnalare al paziente l'eventuale non rimborsabilità del prodotto farmaceutico prescritto anche in ordine alle limitazioni imposte dall'AIFA.

Vi sono state da parte di colleghi alcuni comportamenti difformi e impropri per alcune aree terapeutiche (eparine a basso peso molecolare, neridronato) anche per sollecitazioni esterne da parte di chi non ha conoscenza delle leggi o di chi mette il tornaconto personale al primo posto.

Con questo scritto spero di avere chiarito gli aspetti più importanti dell'argomento

Sono sempre a disposizione di quanti medici o cittadini - gradissero un confronto sul tema specifico o sui problemi della professione in generale. ■



ADOPTA LA RIPETIBILITÀ DELLE RICETTE PER GLI ANSIOLITICI

Il decreto 7 agosto 2006 del Ministero della salute, in G.U. 21 agosto 2006 numero 193, ha fissato nuove norme per la prescrizione e la dispensazione dei medicinali compresi nella tabella II, sezione E del DPR 309/90.

In particolare la vendita dei farmaci a base di benzodiazepine, medicinali per l'ansia e insonnia, è ora consentita con ricette ripetibili per non più di tre volte. Se nella ricetta il medico prescrive più confezioni decade la ripetibilità.

MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 7 agosto 2006

Disposizioni sulla vendita dei medicinali di cui alla tabella II, sezione E, del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante:

«Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE» ed, in particolare, l'art. 88, comma 3, che, dispone che la ripetibilità della vendita dei medicinali di cui al comma 2 del medesimo articolo e' consentita per non più di dieci volte;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante: «Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza»;

Visto il potere conferito al Ministro della salute dall'art. 88, comma 3, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, di prevedere in tema di ripetibilità della vendita, con decreto, diverse prescrizioni, con riferimento a particolari tipologie di medicinali;

Ravvisata l'opportunità, per i prodotti a base di benzodiazepine riportati nella tabella II, sezione E, del citato decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, di ridurre la ripetibilità della vendita;

Decreta:

Art. 1.

1. La ripetibilità della vendita dei medicinali di cui alla tabella II, sezione E, del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e' consentita, complessivamente, per non più di tre volte.

2. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

Roma, 7 agosto 2006

Il Ministro: Turco

GARANTE PER LA **PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI:** **INFORMATIVA SEMPLIFICATA PER I MEDICI DI BASE**



GARANTE
PER LA PROTEZIONE
DEI DATI PERSONALI

Roma, 2 agosto 2006
Prot. 16620/45877

Ente presidente,

L'Autorità ha adottato un provvedimento generale in merito all' informativa semplificata da rendere agli assistiti da parte dai medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Nel trasmetterLe copia del provvedimento Le comunico che l'Autorità resta a disposizione per ogni eventuale chiarimento.

Con i più cordiali saluti.

(IL SEGRETARIO GENERALE)
Giovanni Buttarelli

Giovanni Buttarelli

Dott. Mario Falconi
Segretario generale
Federazione italiana medici di medicina generale
Piazza Guglielmo Marconi, 25
00144 Roma





IL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

In data odierna, in presenza del prof. Francesco Pizzetti, presidente, del dott. Giuseppe Chiaravalloti, vicepresidente, del dott. Mauro Paissan, del dott. Giuseppe Fortunato, componenti e del dott. Giovanni Buttarelli, segretario generale;

Visti gli articoli 78, comma 3 e 13, comma 3, del d.lg. 30 giugno 2003, n. 196 (*Codice in materia di protezione dei dati personali*), secondo cui l'informativa che il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta devono fornire all'interessato relativamente al trattamento dei dati personali deve includere almeno gli elementi indicati dal Garante;

Viste le osservazioni formulate, su richiesta del Garante, da parte di associazioni rappresentative delle categorie dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;

Vista la documentazione in atti;

Viste le osservazioni formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000;

Relatore il prof. Francesco Pizzetti;

PREMESSO

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta devono informare l'interessato in forma chiara e comprensibile circa il trattamento dei suoi dati personali effettuato per lo svolgimento delle attività amministrative e di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a tutela della salute o dell'incolumità fisica (artt. 78 e 13 del Codice).

Il Codice prevede che il Garante indichi gli elementi essenziali che devono essere contenuti in tale informativa, i quali possono essere integrati nel caso in cui il medico effettui altri particolari trattamenti di dati personali degli assistiti (art. 78, comma 3, del Codice).

A tal fine l'Autorità ha consultato le realtà rappresentative delle predette categorie che sono state individuate, sulla base dell'esame dei regolamenti di esecuzione degli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (d.P.R. 28 luglio 2000, n. 270) e per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta (d.P.R. 28 luglio 2000, n. 272), nella Federazione italiana medici medicina generale (F.I.M.M.G.), nel Sindacato nazionale autonomo medici italiani (S.N.A.M.I.), nella Federazione italiana medici pediatri (F.I.M.P.) e nella Federazione nazionale area medica-Confederazione italiana pediatri (F.N.A.M.-C.I.Pe.). L'Autorità ha inoltre consultato la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNO MGeO), stanti i compiti di promozione, valorizzazione e sostegno del ruolo professionale dei medici generali attribuiti a tale organismo.

Sulla base delle osservazioni formulate da tali realtà rappresentative e, in particolare, delle riflessioni emerse sugli elementi contenuti in un primo schema di informativa predisposto dall'Autorità, è stato elaborato il modello di informativa riportato in allegato alla presente deliberazione, che potrà essere utilizzato facoltativamente dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta.

CONSIDERATO CHE

Il Garante ritiene necessario indicare nell'allegato modello di informativa alcuni elementi essenziali che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta devono includere nell'informativa da fornire agli assistiti, ai quali dovrà essere precisato, in particolare, che:

- a) le informazioni relative al loro stato di salute possono essere rese note ai relativi familiari o conoscenti solo se gli assistiti abbiano manifestato uno specifico consenso al proprio medico. Al riguardo, l'informativa e il consenso possono intervenire anche successivamente alla prestazione nei soli casi, individuati selettivamente dal medico, di impossibilità fisica o di incapacità dell'interessato;
- b) il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta raccolgono, di regola, i dati personali presso l'interessato e possono trattare informazioni relative ai suoi ricoveri, agli esiti di esami clinici e diagnostici (effettuati sulla base della prescrizione dello stesso medico di medicina generale o del pediatra) solo quando l'interessato abbia manifestato alla struttura sanitaria o al professionista presso cui si è rivolto il suo consenso.

Resta ferma la necessità che, a norma di legge, il medico di medicina generale e il pediatra integrino i suddetti elementi essenziali in relazione ad eventuali trattamenti di dati personali che presentano rischi specifici, in particolare nel caso in cui il medico di medicina generale o il pediatra intendano effettuare:



- a) attività di sperimentazione clinica controllata di medicinali (art. 78, comma 5, lett. a), del Codice);
- b) attività di teleassistenza o telemedicina (art. 78, comma 5, lett. b), del Codice);
- c) attività di fornitura all'interessato di beni o servizi attraverso una rete di comunicazione elettronica (art. 78, comma 5, lett. c), del Codice);
- d) trattamenti per scopi scientifici, di ricerca scientifica, medica, biomedica ed epidemiologica (artt. 78, comma 5, lett. a) e 110 del Codice).

L'allegato modello di informativa riguarda anche il trattamento di dati correlato a quello effettuato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, svolto da un professionista o da altro soggetto, individuabile in base alla prestazione richiesta. Tale trattamento può essere in tal senso effettuato da chi sostituisca temporaneamente il medico, o fornisca una prestazione specialistica su richiesta dello stesso, oppure tratti lecitamente i dati nell'ambito di un'attività professionale prestata in forma associata o, ancora, fornisca i farmaci prescritti o comunichi i dati personali dell'interessato al medico in conformità alla disciplina applicabile (art. 78, comma 4, del Codice).

CONSIDERATO, ALTRESÌ, CHE

Gli elementi indicati nell'allegato modello di informativa possono essere forniti all'interessato nei modi di legge *una tantum*, attraverso idonee modalità che ne facilitino la conoscenza da parte degli assistiti, anche sulla base del rapporto personale con il singolo paziente e tenendo conto delle circostanze concrete. I contenuti dell'informativa possono essere comunicati direttamente all'assistito, a voce o per iscritto, oppure affiggendo il testo dell'informativa, facilmente visibile, nella sala d'attesa dello studio medico ovvero con altra idonea modalità (in aggiunta o in sostituzione delle altre forme) quale, ad esempio, la riproduzione dell'informativa in carte tascabili con eventuali allegati pieghevoli (art. 78, comma 3, del Codice).

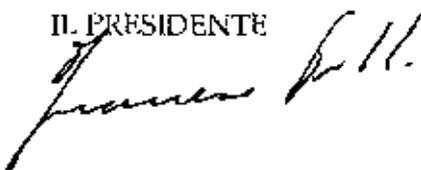
L'informativa può essere fornita anche successivamente alla prestazione, senza ritardo, nel caso di emergenza sanitaria o di igiene pubblica (art. 117 d.lg. 31 marzo 1998, n. 112), di impossibilità fisica, di incapacità di agire o di incapacità di intendere o di volere dell'interessato, di rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o dell'interessato o nel caso in cui la prestazione medica può essere pregiudicata in termini di tempestività o efficacia (art. 82 del Codice).

TUTTO CIÒ PREMESSO IL GARANTE

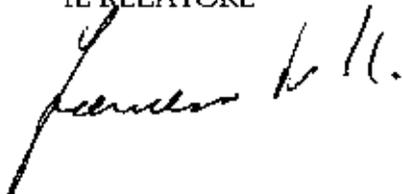
ai sensi degli artt. 78, comma 3, e 13, comma 3, del Codice, indica nel modello riportato in allegato, che forma parte integrante del presente provvedimento, gli elementi essenziali che il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta devono includere nell'informativa da fornire all'interessato relativamente al trattamento dei dati personali.

Roma, 19 luglio 2006

IL PRESIDENTE



IL RELATORE



IL SEGRETARIO GENERALE



IN SINTESI SI RIPORTA LA SCHEDA INFORMATIVA DA FORNIRE AI PAZIENTI

Allegato al provvedimento del 19 luglio 2006

INFORMAZIONE

Gentili signori,

desidero informarvi che i vostri dati sono utilizzati *solo* per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche.

Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici.

Anche in caso di uso di *computer*, adotto misure di protezione per garantire la conservazione e l'*uso corretto* dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli.

I dati *non* sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge.

Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti *solo* su vostra indicazione.

In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo.

Per attività più delicate da svolgere nel vostro interesse, sarà mia cura informarvi in modo più preciso.

.....



Servizio
Sanitario
della
Toscana

...*(art. 16, comma 1 e comma 5) proposte avanzate dalla Quarta Commissione Consiliare "Sanità" (seduta del 20 Aprile 2006, Presidente on. Fabio Roggiolani) sul regolamento attuativo della legge regionale 7 luglio 2003, n. 32 (Disciplina dell'impiego di radiazioni ionizzanti).*

"Ai sensi dell'articolo 42, comma 2 dello Statuto, a voti unanimi, (...) invita la Giunta Regionale, (...) all'attivazione dei seguenti progetti mirati da individuare con il piano sanitario:

- *Promuovere attraverso l'istituzione di campagne informative la sensibilizzazione dei pazienti sottoposti ad esami con l'uso di radiazioni ionizzanti per una valutazione chiara di rischi e benefici*
- *Verificare la crescita della consapevolezza del personale che opera in ambiti professionali direttamente connessi con l'esposizione medica alle radiazioni ionizzanti, con adeguate attività formative, come previsto all'articolo 7 comma 8 del d. lgs. 187/2000.*
- *Individuare specifiche ed adeguate attività formative rivolte ai medici di base in quanto primi interlocutori dei pazienti, ai fini di un'appropriate prescrittura dell'esame tenendo conto degli obiettivi specifici e delle caratteristiche della persona interessata.*
- *Promuovere progetti e studi mirati su popolazione di pazienti sottoposti a dosi ionizzanti, a scopo diagnostico e terapeutico, soprattutto in età pediatrica, come i pazienti con cardiopatie congenite."*

COMUNICAZIONE E QUALITA' DEI RAPPORTI TRA MEDICI, CON I PAZIENTI E CON I MEDIA

**Promosso da ORDINE DEI MEDICI DI AREZZO
In collaborazione con ASL 8 Arezzo
Auditorium "A. Pieraccini"
Ospedale San Donato Arezzo
2 dicembre 2006**

Programma preliminare

- Ore 08.00 Registrazione dei partecipanti
- Ore 08.15 Interventi preordinati
A. Bianco, Presidente FNOMCeO
R. Festa, Presidente Ordine dei medici di Arezzo,
Membro Comitato Centrale FNOMCeO
R. Romizi, Coordinatore Commissione Ordinistica ECM
- Ore 09.30 Lezione magistrale
Promuovere la comunicazione. Per il benessere della persona e delle organizzazioni
M.De Beni, Centro Studi interculturali Università Verona
- Ore 10.10 Lezione magistrale
Epistemologia della comunicazione nei sistemi sanitari
G. Coppola, Direttore responsabile della Comunicazione e qualità della ASL 8 di Chiari - Piemonte
- Ore 10.50 Presentazione di problemi in seduta plenaria
Analisi della realtà attuale e valutazione delle criticità
E. Giglio, Organizzazione servizi sanitari di base ASL 8
- Ore 11.30 Tavola rotonda: confronto-Dibattito tra pubblico ed esperti guidato da un conduttore
Modera:
L. Triggiano, Medico, Consigliere Comunale
Intervengono:
G. Fanfani, Sindaco del Comune di Arezzo
M. Ricci, Assessore Provincia di Arezzo
M. Calamai, Direttore Generale ASL 8
A. Panti, Presidente della Federazione Toscana degli Ordini dei Medici
D. Grisillo, Medico di medicina generale
D. Vanni, Medico ospedaliero
S. Beccastrini, Esperto, Coordinatore didattico SIASS
R. Salvadori, Coordinamento Volontariato
U. Cecchi, Giornalista
Conclude
R. Festa, Presidente Ordine dei Medici di Arezzo
- Ore 13.50 Pratiche ECM
- Ore 14.00 Chiusura dei lavori

NORME EDITORIALI

- Il Cesalpino pubblica i lavori inediti ed originali, di carattere medico scientifico. La rivista ha una periodicità quadrimestrale.
- I lavori devono essere indirizzati a : Redazione "Il Cesalpino" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo – Viale Giotto 134 52100 Arezzo – Tel 0575/22724 - Fax 0575/300758 – E-mail: chirurghi@omceoar.it così pure le pubblicazioni da recensire, i volumi omaggio e in cambio, ecc.
- Le relazioni dovranno essere contenute in un dischetto scritte in programma Word con le seguenti specifiche: margine 0-13, interlinea singola, righe per pagina 50, tipo di carattere Times, dimensione carattere 11, con massimo di 5 pagine comprese tabelle e fotografie (risoluzione foto 300 dpi). Se possibile, dovrà essere inviata una stampa in duplice copia. Ogni parte del lavoro deve iniziare su una nuova pagina con il seguente ordine: frontespizio, riassunto, testo, bibliografia, tabelle, didascalie. Tutte le pagine, ad eccezione del frontespizio e del riassunto, devono essere numerate progressivamente. Possono essere trasmesse con e-mail a chirurghi@omceoar.it
- Nel frontespizio devono essere indicati cognome e nome (per esteso) di tutti gli Autori, denominazione ed indirizzo dell'istituzione di appartenenza. Deve inoltre essere indicato, anche, l'indirizzo ed il numero telefonico dell'Autore a cui inviare la corrispondenza.
- Il riassunto non dovrà superare le 150 parole. Si dovranno fornire anche le parole chiave in numero non superiore a 6.
- La stesura del testo deve essere conforme a quella abituale dei lavori scientifici: introduzione materiali o casistica, metodologia, risultati e conclusioni.
- I riferimenti bibliografici devono essere numerati secondo l'ordine con cui vengono citati nel testo e non devono superare il numero di 15.
- Per gli articoli di Riviste devono essere riportati il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del lavoro, la Rivista, il numero, le pagine e l'anno di pubblicazione: es: De Bac C, Stroffolini T, Gaeta GB, Taliani G, Giusti G. Pathogenic factors in cirrhosis with and without hepatocellular carcinoma. A multicenter italian study. *HepatoI* 1994; 20:1225 – 1230. Nel caso di libri devono essere citati gli Autori, il titolo, l'edizione, l'editore, la città, l'anno. Per gli articoli su Internet dovrà essere indicato il sito. I lavori non ancora pubblicati possono essere segnalati con la dizione "in stampa" tra parentesi.
- Il materiale iconografico deve essere corredato dall'indicazione della precisa collocazione nell'ambito del lavoro. Le tabelle dattiloscritte devono essere numerate in numeri romani e essere autoesplicative e non particolarmente complesse. Le illustrazioni devono recare sul retro il numero arabo progressivo, l'orientamento ed il nome degli Autori. Le didascalie vanno dattiloscritte su foglio separato, con chiaro riferimento alle figure. Le illustrazioni di radiografie si accettano stampate in positivo e di buona qualità. Disegni e grafici devono essere fotografabili in forma definitiva.
- Le illustrazioni saranno pubblicate in bianco e nero. Qualora gli autori ritengano importante l'utilizzo del colore, potranno richiedere, accollandosi le spese, la pubblicazione a 4 colori.
- Il Comitato di Redazione, sentito eventualmente il parere degli esperti, accetta i lavori a suo insindacabile giudizio e si riserva di chiedere agli Autori eventuali modifiche al testo e del materiale iconografico. I lavori verranno distribuiti, in rapporto alle intrinseche peculiarità, nelle diverse rubriche in cui si articola la Rivista (ricerche cliniche, casistica clinica, aggiornamento, ecc.).
- I lavori accettati vengono pubblicati gratuitamente. Sono a carico degli Autori la spesa per la stampa di eventuali illustrazioni a colori e per la stampa, la confezione e la spedizione degli estratti.
- Gli Autori sono tenuti a restituire le bozze di stampa corrette a stretto giro di posta (senza apportare variazioni al testo e alle figure) alla Segreteria della Redazione de "Il Cesalpino" c/o l'Ordine Provinciale dei Medici di Arezzo Viale Giotto 134 - 52100 Arezzo. Le bozze saranno inviate al primo Autore (INDICARE INDIRIZZO PRECISO), se non altrimenti richiesto. Ogni Autore è comunque tenuto a indicare il proprio recapito postale ove poter spedire una copia della rivista pubblicata. La richiesta di estratti va fatta direttamente a:
L. P. Grafiche - Via F. Filzi 28/int.
Tel.0575/907425 – 52100 Arezzo.
- La redazione si riserva direttamente la correzione delle bozze quando particolari esigenze editoriali lo rendano necessario.
- I dattiloscritti dei lavori non accettati e gli originali delle illustrazioni pubblicate non vengono restituiti. La proprietà dei lavori pubblicati è riservata. E' vietata la riproduzione anche parziale degli articoli e delle illustrazioni non autorizzate dall'Editore.
- E' prevista, inoltre, una sezione "news": pertanto coloro che vorranno comunicare l'organizzazione di Congressi o altre informazioni di interesse per i colleghi, potranno inviarle alla redazione che, compatibilmente con i tempi di pubblicazione, provvederà ad inserirle.

